



ENVIRONMENTAL HEALTH PROJECT

ACTIVITY REPORT

No. 78

**L'activité CIMEP au Bénin :
un exemple des processus de
décentralisation à venir**

Septembre 1999

par

May Yacoob

Margo Kelly

Patricia Hibberd

avec les contributions de

Salifou Yallou, David Miller, et Habib Khanfir

Préparé pour la Mission USAID au Bénin dans le cadre de l'Activité EHP No. 491.cc

Environmental Health Project
Contract No. HRN-C-00-93-00036-11, Project No. 936-5994
Is sponsored by the Bureau for Global Programs, Field Support and Research
Office of Health and Nutrition
U.S. Agency for International Development
Washington, DC 20523

TABLE DES MATIERES

A PROPOS DES AUTEURS.....	iii	
REMERCIEMENTS	iv	
ACRONYMES	v	
CARTE DU DEPARTEMENT DE BORGOU, BENIN	vi	
RESUME ANALYTIQUE.....	vii	
1	Données générales et contexte de l'activité	1
1.1	Introduction	1
1.2	Buts et stratégie	1
1.3	Contexte national.....	3
1.4	Equipe technique	5
1.5	La méthodologie CIMEP	6
1.6	Indicateurs	7
2	Description des activités	11
2.1	Atelier de renforcement des compétences.....	11
2.2	Tables rondes de politiques.....	16
2.3	Enquête initiale.....	18
2.4	Microprojets	23
2.5	Généralisation.....	30
2.6	Atelier régional.....	31
3	Résultats	33
3.1	Santé.....	33
3.2	Gouvernance et démocratie	34
4	Leçons apprises	35
4.1	Conception du CIMEP.....	35
4.2	Méthodologie.....	36
4.3	Mesurer les résultats	36
4.4	Intégration de la gouvernance locale.....	36
5	Recommandations	39
ANNEXES		
A	Mémoire d'Accord.....	41
B	Données de l'enquête initiale au Bénin.....	47

FIGURES

1. Points d'eau des ménages.....	51
2. Utilisation autosignalée d'eau et de savon pour le lavage des mains	52
3. Propreté de l'endroit où l'on mange	53
4. Préparation des repas des enfants	54
5. Endroits inappropriés de défécation	55
6. Diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans.....	56
7. Processus des microprojets CIMEP/Bénin	28

TABLEAUX

1. Récapitulatif des activités du CIMEP/Bénin	12
2. Microprojets réalisés au Bénin, août 1998 à août 1999	24

A PROPOS DES AUTEURS

Patricia Hibberd, M.D., Ph.D., est médecin et épidémiologiste qui a conçu l'étude initiale, analysé les résultats et rédigé les conclusions de l'étude.

Margo Kelly, M.A. fait partie du personnel technique de EHP, responsable de la gestion et de la coordination générale de l'activité, notamment la liaison avec les consultants locaux, la mise en place des systèmes des microprojets et de l'administration de l'atelier régional.

Habib Khanfir, M.S., économiste et spécialiste de la participation communautaire, était le formateur en chef de l'activité et il a joué un rôle très important aux niveaux du démarrage et de la sélection des villes et EME.

David Miller, Ph.D, est un anthropologue du développement qui a suivi, analysé et évalué les indicateurs de gouvernance et de démocratie pour l'activité et qui a assuré la liaison entre EHP, USAID/Bénin et le coordinateur local.

Salifou Yallou, M.B.A., est ingénieur et spécialiste du développement communautaire. Il était le coordinateur et formateur local pour l'activité. Il était chargé de travailler avec les équipes locales EME, de réaliser des ateliers de formation, de coordonner les tables rondes de politiques et de superviser la mise en œuvre des microprojets.

May Yacoob, Ph.D., anthropologue médical et Directrice technique pour la participation communautaire auprès de EHP a conceptualisé la méthodologie CIMEP et son application au Bénin et a fourni supervision technique et direction pour l'activité. Elle a plus de 25 ans d'expérience en matière de gestion des projets d'approvisionnement en eau, d'assainissement et de santé publique.

REMERCIEMENTS

Bien que le démarrage de toute activité demande des efforts importants, l'activité CIMEP au Bénin, vu l'attention combinée qu'elle portait à la santé et à la décentralisation (et à la construction d'équipement), relevait d'une gageure toute spéciale. Un grand nombre de personnes ont travaillé dur et ont apporté toute leur énergie pour créer cette activité et en faire une réussite. D'abord, à l'USAID, nous aimerions remercier le Directeur de la Mission, Tom Parks, pour son soutien à cette initiative polyvalente et sa vision pour le CIMEP dans le département de Borgou. Dès le départ, Pascal Zinzindohoué a fourni un soutien continu et sans relâche et a apporté une aide technique importante. Plus récemment, Alicia Dinerstein a aidé à guider l'activité et a éclairé le rôle que jouent la décentralisation et la gouvernance au niveau de la planification pour la santé publique.

Le préfet Zourkarneyni Toungough était le collaborateur principal dans le département de Borgou. Nous aimerions le remercier de sa direction du processus. Les autres membres de la table ronde qui ont contribué sont les personnes suivantes :

Assogba Aristide	Abdoulaye A. Razizou
Anagonou B. Victor	Sacca Désiré
Ibrahim Midou	Ponou Salamatou
Seidou Imorou	Seko Boro Alain
Orou Guiwa Bio Toro	Sourokou Gandé
Ali Yérima Denis	

L'activité CIMEP au Bénin n'aurait pas été possible sans la participation enthousiaste des membres de l'équipe municipale qui ont été aux premières lignes de l'exécution et qui ont fait une réelle différence dans leurs communautés. Il s'agit des personnes suivantes :

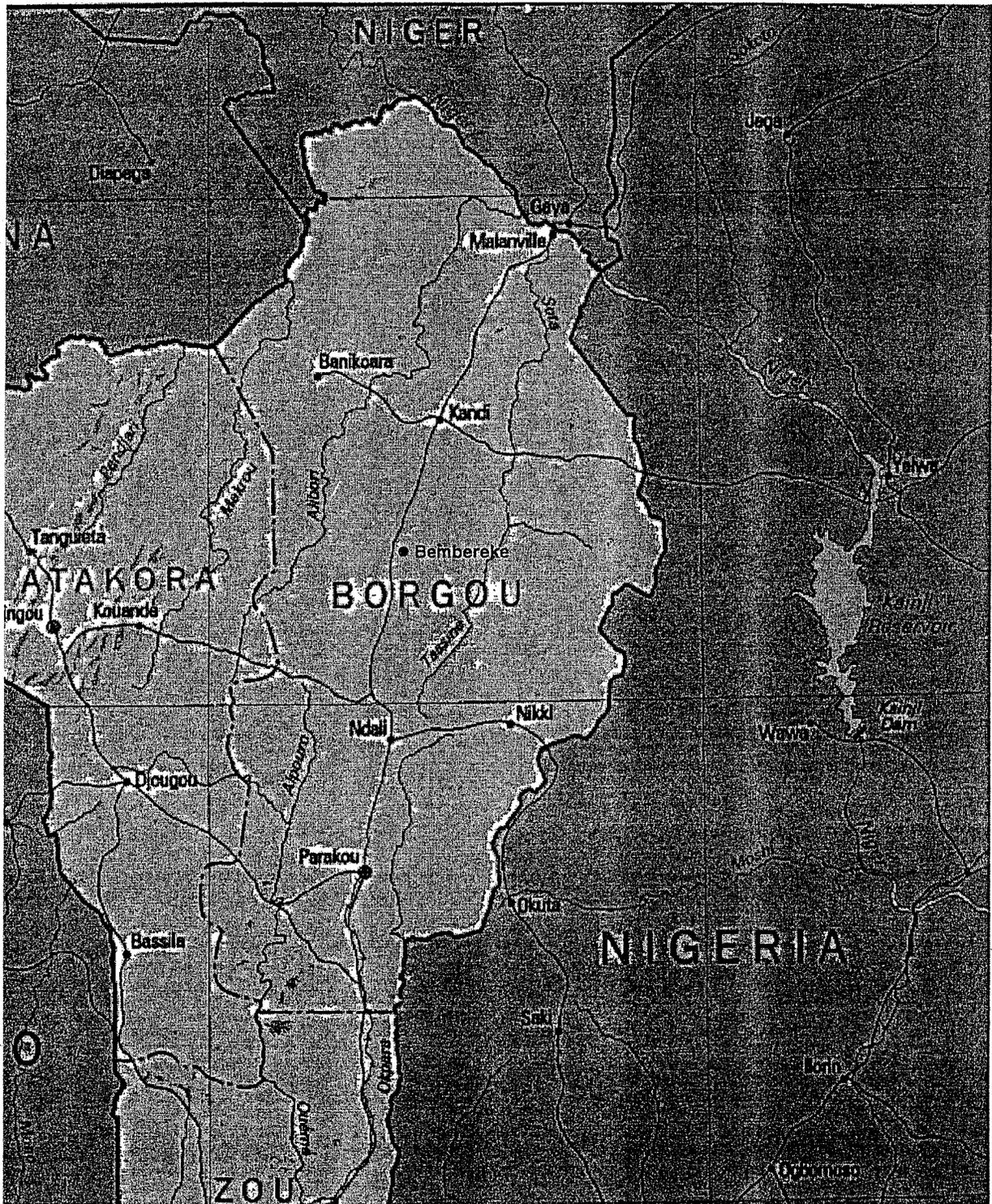
EME Bembereke	EME Banikoara	EME Parakou
Alou Soulé	Sougourou Alidou	Abdoulaye A Rahmane
Bantia Jonas	Dammon Gado	Gounou Mouhamed
Chabi Gado Soulé	Bio Yérima	Idrissou Alassane
Koto Yérima Babio	Gounou Zimé Bio Togou	Seko Amidou
Gatta Issa	Lokoto Chabi	Davodoun Siméon
Sacca Célestine	Chakran Benjamin	Mama Seidou Mariétou
Salifou Bouraima	Nansounon Irène	Mama Idrissou Abdoulaye
	Sabi Ganni Bourougo	Baworou Alidou.

Enfin, nous aimerions remercier les responsables du Ministère de la Santé qui ont contribué à la conception et à la réalisation de cette activité et bien sûr, les membres et les responsables des communautés CIMEP pour leur énergie, leurs idées et leur soutien.

ACRONYMES

BAD	Banque africaine de Développement
BOA	Banque d'Afrique
CDSE	Comité départemental de Santé environnementale
CIMEP	<i>Community Involvement in the Management of Environmental Pollution</i> (Initiative de Participation communautaire à la Lutte contre la Pollution de l'Environnement)
EHP	<i>Environmental Health Project</i> (Projet de Santé environnementale)
EME	Equipe municipale élargie
IEC	Information, éducation et communication
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PGU	Programme de Gestion urbaine du Programme des Nations Unies pour le Développement
REDSO	Bureau régional d'Habitat et de Développement urbain (Bureau USAID)
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement international
WASH	Projet Eau et Assainissement pour la Santé (sous les auspices de l'USAID)

CARTE DU DEPARTEMENT DE BORGOU, BENIN



RESUME ANALYTIQUE

D'octobre 1997 à août 1999, le Projet de Santé environnementale (EHP) a réalisé une activité intitulée « Participation communautaire à la Lutte contre la Pollution de l'Environnement »(CIMEP) dans le département de Borgou, au Bénin. Trois quartiers ont été ciblés dans chacune des villes de Banikoara, Bembereke et Parakou. Outre le fait de représenter le titre de l'activité au Bénin, « CIMEP » est également une méthodologie ou un processus communautaire reposant sur plus de 10 ans d'expérience acquises dans le cadre du Projet Eau et Assainissement pour la Santé (WASH) et de son successeur, EHP.

La Mission au Bénin et EHP ont essayé d'atteindre les buts suivants en réalisant l'activité CIMEP dans les trois villes :

- Améliorer la santé maternelle et infantile en traitant les facteurs-risques des maladies diarrhéiques.
- Traiter les facteurs-risques des maladies diarrhéiques et les problèmes de santé environnementale connexes par le biais d'une analyse communautaire des problèmes et de conceptions de solutions.
- Créer une relation de confiance, de pair avec une fourniture améliorée des services, entre les ministères nationaux, les municipalités et les communautés clientes.
- Mettre en place un projet pilote qui sera un modèle pour la région et partager l'expérience avec d'autres pays et bailleurs de fonds.

Ces buts répondent bien aux objectifs stratégiques de la Mission sur le plan survie de l'enfant, santé, démocratie et gouvernance.

Le présent rapport décrit en détail l'activité CIMEP au Bénin, notamment les buts et la stratégie ; le contexte national ; l'équipe technique ; la méthodologie ; les indicateurs ; la description des activités, avec la formation en vue de renforcer les compétences, les tables rondes de politiques, l'enquête initiale, les microprojets et la généralisation ; les résultats ; les leçons apprises ; ainsi que les recommandations. Le rapport visera à fournir aux responsables l'USAID, aux bailleurs de fonds et à d'autres parties intéressées par ces activités une vue générale de l'initiative au Bénin, les leçons retirées ainsi que les recommandations en vue de continuer le projet.

Les principales leçons apprises de l'activité CIMEP/Bénin sont les suivantes :

1. *Conception du CIMEP* – Le fait d'avoir choisi pour partenaire le chef du département de Borgou a influencé l'orientation et la direction de l'activité davantage vers une gouvernance améliorée, à savoir les services et processus municipaux et départementaux. Une importance moindre a été accordée à l'obtention d'un impact mesurable sur la santé. Certains facteurs doivent être soupesés attentivement lorsqu'on choisit les quartiers qui participeront afin de vérifier que les communautés sont capables de faire leur contribution financière aux microprojets.

Par exemple, le sentiment de permanence dans un quartier ou l'engagement communautaire risque d'être moindre chez des habitants qui louent leur maison auprès de propriétaires absents, comparé à ceux qui louent chez des membres communautaires. De plus, les ménages risquent d'avoir davantage d'argent à certaines époques de l'année (par exemple, au moment de la récolte) comparé à d'autres saisons.

2. *Méthodologie* – L'expérience du Bénin a démontré la solidité de la méthodologie mais, à l'instar d'activités précédentes, la séquence et le moment de la formation, des microprojets et de l'enquête initiale vont varier en fonction du contexte national et des contraintes locales.
3. *Mesurer les résultats* – Les activités de suivi et d'évaluation doivent être alignées de près au niveau auquel sont réalisées les interventions – soit ménage, soit commune.
4. *Intégrer la gouvernance locale* – Les buts de démocratie et de gouvernance peuvent être incorporés efficacement au processus CIMEP.

Vu que l'USAID/Bénin continue pour une année encore l'activité CIMEP dans le cadre du Projet EHP II, le rapport conclut en fournissant certaines directions pour cette année finale à l'intention de l'USAID et d'EHP II. Les recommandations sont les suivantes :

- Continuer à tenir les tables rondes de politiques et encourager leur institutionnalisation.
- Continuer à financer le Coordinateur local et lui fournir un bureau.
- Créer une autre Equipe municipale élargie (EME) à Kandi et demander aux formateurs EME des trois villes originales de former les membres de l'équipe locale. Continuer également la formation de la nouvelle EME à Sinende.
- Institutionnaliser l'EME dans les municipalités ; créer une unité d'animation communautaire et de planification locale dans chaque municipalité ; et coordonner cet effort avec d'autres projets de l'USAID à Borgou, notamment le Projet de Santé familiale intégrée de cinq ans.
- Etendre les microprojets à d'autres quartiers dans Bembereke, Banikoara et Parakou et démarrer les microprojets à Sinende et Kandi.
- Fournir une formation portant sur le recouvrement des coûts, volet pouvant être ajouté aux microprojets.
- Elaborer du matériel d'éducation en matière d'hygiène se rapportant spécifiquement aux villes et communautés.
- Après un an, envisager une évaluation de l'impact sanitaire des microprojets.

1 Données générales et contexte de l'activité

1.1 Introduction

En janvier 1997, le Projet de Santé environnementale (EHP), financé par l'Office de Santé et de Nutrition de l'USAID, Bureau des Programmes globaux, Soutien et Recherche de Terrain, démarrait des discussions avec des collaborateurs de l'USAID quant à la mise en place d'une initiative en Afrique de l'Ouest. Cette initiative devait traiter des questions de santé environnementale dans des communautés périurbaines par le biais de la combinaison suivante : renforcement des compétences, renforcement institutionnel, dialogue en matières de politiques et création de partenariats entre représentants officiels des municipalités, dirigeants communautaires et ONG locales. Après une visite de planification en mars 1997, la Mission au Bénin, l'USAID/Washington par le biais du Projet EHP et le Gouvernement du Bénin ont décidé de réaliser une initiative de Participation communautaire à la Lutte contre la Pollution de l'Environnement (Community Involvement in the Management of Environmental Pollution ou CIMEP) dans le département de Borgou, au Bénin. Un plan de travail initial a été formulé pour l'activité en mars 1997.

Vu que le premier contrat quinquennal EHP s'achevait en septembre 1999, il est utile de faire le point de l'initiative du CIMEP/Bénin. Le présent rapport traite des domaines suivants : buts et stratégie ; contexte national ; équipe technique ; méthodologie ; indicateurs d'évaluation ; description des activités, avec formation pour le renforcement des compétences, tables rondes en matière de politiques, enquête initiale, microprojets et généralisation ; résultats ; leçons apprises et conclusion. Ce rapport, préparé en septembre 1999, devrait donner aux responsables de l'USAID, aux bailleurs de fonds et à d'autres parties intéressées par ces activités une vue d'ensemble de l'initiative du Bénin, les leçons retirées et la manière dont le processus CIMEP pourrait être amélioré à l'avenir.

1.2 Buts et stratégie

Tout en travaillant conjointement vers des buts analogues, EHP et l'USAID/Bénin ont entamé l'activité dans une optique légèrement différente. EHP et son prédécesseur, le Projet Eau et Assainissement pour la Santé (WASH), ont mis au point l'approche CIMEP et l'ont appliquée sous plusieurs formes dans des pays donnés. Par exemple, en Equateur, l'approche a été utilisée pour identifier les comportements et les risques liés au choléra et ensuite, pour exécuter des interventions permettant de réduire les cas de choléra dans les communautés ciblées. Après l'expérience de l'Equateur, l'approche a été utilisée en Tunisie pour créer des partenariats en vue d'étendre les services municipaux aux communautés périurbaines peu desservies. S'inspirant des leçons apprises de ces deux expériences, EHP souhaitait appliquer une version « élargie » de la méthodologie CIMEP au Bénin pour essayer d'obtenir des résultats sanitaires plus ciblés.

A l'avis de la Mission, c'était une bonne occasion de financer une activité qui allait traiter du but de l'Equipe de la Santé familiale, à savoir une meilleure santé maternelle et infantile, par le biais d'une infrastructure améliorée et d'un changement de comportement, ainsi que du but de l'Equipe de Démocratie et de Gouvernance, décentralisation et démocratisation, par le biais de l'amélioration de la gestion et des services aux communautés au niveau municipal. Aussi, la Mission était-elle intéressée par une activité synergique qui traitait de ces deux principaux objectifs stratégiques – santé et gouvernance – chose qui n'avait pas été faite jusqu'alors.

En cherchant les principaux homologues du gouvernement avec lesquels le projet allait collaborer, EHP a discuté du projet avec le chef administratif du département – le préfet – plutôt qu'avec le responsable départemental de la santé, bien que ce dernier ait été consulté et engagé dans une mesure moindre dans le projet. Cette relation a ensuite été officialisée par un Mémoire d'Accord signé lors de l'Atelier de Démarrage par l'USAID, EHP et le préfet, représentant le Gouvernement du Bénin. (Voir Annexe A pour un exemplaire du Mémoire d'Accord.) Par conséquent, l'activité CIMEP représente la première activité soutenue par l'USAID en vue de travailler directement avec l'administration, au niveau départemental, pour améliorer les services et traiter des questions polyvalentes de santé environnementale – surtout pour cibler les maladies diarrhéiques. Il est important de comprendre cette toile de fond et l'ensemble de relations pour clarifier le contexte des résultats obtenus par le projet.

Les objectifs spécifiques de l'activité CIMEP au Bénin sont les suivants :

- Améliorer la santé maternelle et infantile en traitant les facteurs-risques des maladies diarrhéiques.
- Traiter les facteurs-risques des maladies diarrhéiques et les problèmes de santé environnementale connexes par le biais d'une analyse communautaire des problèmes et d'une conception communautaire des solutions.
- Créer une relation de confiance, de pair avec une fourniture améliorée des services, entre les ministères nationaux, les municipalités et les communautés clientes.
- Elaborer un projet pilote qui serait un modèle pour la région et partager l'expérience avec d'autres pays et bailleurs de fonds.

Ces buts répondent bien au programme de Santé familiale de la Mission qui ciblait l'accès élargi et l'amélioration de la qualité des services de santé familiale, de survie de l'enfant, de planification familiale et de prévention du VIH. CIMEP entrait sous l'Objectif spécial No. 3 de la Mission : « Diminuer la mortalité infantile, juvénile et maternelle par le biais d'une éducation sanitaire et nutritionnelle ciblée et d'activités complémentaires » et sous l'Objectif spécial No. 1 : « Améliorer la gouvernance et renforcer la démocratie. » (L'Objectif spécial No. 3 est à présent un Objectif stratégique de la Mission.)

En mai et en juin 1997, des membres du personnel EHP se sont rendus au Bénin et ont travaillé avec la Mission et les homologues locaux pour identifier les sites et choisir les

participants de cette initiative. Au vu du souhait de la Mission de concentrer l'essentiel de ses programmes dans le département de Borgou, de l'intérêt du préfet et du soutien qu'il apportait à l'activité ainsi que de la nécessité de cibler les régions les plus pauvres du pays – EHP a choisi de réaliser l'activité dans les trois villes pilotes de Parakou, Bembereke et Banikoara dans le département de Borgou. Après cette visite, un plan de travail revu et plus détaillé a été rédigé en août 1997 décrivant les trois villes, le processus de sélection des participants, le contexte institutionnel et une ébauche des activités. Les termes de référence spécifiques étaient les suivants : renforcer la capacité locale en organisant série d'ateliers de renforcement des compétences pour les équipes municipales afin qu'elles puissent travailler avec les communautés et identifier les facteurs-risques, faire une enquête initiale des facteurs des maladies diarrhéiques, réaliser des interventions communautaires ou des microprojets, faire ressortir les questions de santé environnementale et l'activité CIMEP par le biais d'un atelier régional tenu à Cotonou, organiser des réunions de dialogue de politiques et reproduire le processus dans d'autres contextes.

1.3 Contexte national

Il est bon de dresser un tableau général de la situation socioéconomique et politique au Bénin pour comprendre la pertinence de cette activité. En 1998, le nombre d'habitants était estimé à 6,1 millions de personnes pour une superficie légèrement plus petite que l'état de la Pennsylvanie. L'espérance de vie moyenne est de 53,6 ans et la mortalité infantile est élevée, 94 décès pour 1 000 naissances (*les statistiques de cette section proviennent de l'enquête démographique et de santé de 1996*). Pour les enfants de moins de cinq ans, le taux de mortalité est de 167 décès pour 1 000 naissances vivantes. Ces taux ont diminué ces 10 dernières années, mais la tendance pourrait régresser suite à la baisse des services de survie de l'enfant. Le taux de natalité est également très élevé – 6,3 enfants par femme. Bien que 50% de la population ait accès aux services de santé, seules environ 20% des personnes les utilisent effectivement. En ce qui concerne la diarrhée, en fonction du rappel des mères pour les deux semaines précédentes, les taux d'épisodes diarrhéiques pour les enfants de trois ans et moins se situaient dans une fourchette allant d'un minimum de 17,2% dans le département d'Oueme à un maximum de 35,1% dans le département de Mono, le département de Borgou se situant dans la tranche élevée, avec 28,1%.

Le Bénin est un pays jugé « sous-développé » du point de vue économique. C'est l'un des pays les plus pauvres en Afrique où la majorité de la population survit grâce à l'agriculture de subsistance, à la production de coton et au commerce régional. Le taux d'alphabétisation est de 37% à 48,7% pour les hommes et il est uniquement de 25,8% pour les femmes. L'infrastructure de base est rudimentaire car seuls 56% des ménages ont accès à une eau salubre et 19% seulement ont leurs propres latrines. Ces pourcentages sont encore plus faibles dans les villes plus rurales du Bénin.

Le pays reçoit une aide étrangère importante. Entre 1991 et 1995, l'assistance étrangère s'élevait à 1,6 milliard \$, soit environ 15% du produit national brut du pays. Les chiffres

pour 1996 indiquent que 86% du budget d'investissement public du gouvernement provenaient des bailleurs de fonds – dont les cinq plus importants sont la France, le Japon, la Banque africaine de Développement, la Banque mondiale et les Etats-Unis. Les bailleurs de fonds et les pays occidentaux sont très intéressés par le Bénin à cause des changements politiques positifs et des réformes que le pays a entrepris ces 10 dernières années.

En 1990, le Bénin a organisé une Conférence nationale et a pris les premières mesures pour éradiquer deux décennies de dictature sous un régime marxiste-léniniste et aller vers la démocratie. Depuis, des élections présidentielles multipartites se sont tenues à deux reprises au Bénin, avec des transitions paisibles aux nouveaux régimes. Le gouvernement a mis en œuvre des programmes d'ajustement structurel et a réduit la taille d'une Fonction publique pléthorique privatisant par ailleurs des entreprises publiques peu rentables. Les bailleurs de fonds ont travaillé avec les dirigeants pour décentraliser les services publics et promouvoir une meilleure responsabilisation et une plus grande transparence. Un projet de loi sur la décentralisation est débattu à l'heure actuelle à l'Assemblée nationale et des élections municipales se tiendront une fois la loi adoptée. Des décrets de décentralisation ont été adoptés récemment par l'Assemblée nationale mais doivent encore être approuvés par les branches judiciaires. Par la suite, des élections municipales sont prévues. Par conséquent, le pays traverse une transition. La mise en œuvre de ces réformes est un processus lent et difficile, mais nul doute, il existe la volonté politique et le soutien à la base pour le faire.

Le département de Borgou et les villes pilotes

Le Bénin est divisé en six départements. Borgou, situé au Nord-Est à la frontière du Niger, du Burkina Faso et du Nigeria, est le plus grand département s'étendant sur 52 098 kilomètres carrés – environ la moitié du pays – avec une population de 900 000 personnes, soit 10% environ de la population totale du Bénin. Borgou compte quatre grands groupes socioculturels et l'Islam est la religion dominante. Elle est pratiquée par 63% de la population. L'agriculture représente la base économique du pays avec le coton et les arachides comme cultures principales. Du point de vue administratif, le département est géré par le préfet, position nommée. Le niveau inférieur suivant est la sous-préfecture administrée par un sous-préfet. En dessous, viennent les communes sous la direction des maires, qui sont encore une fois divisées en quartiers et leurs dirigeants. Les parties concernées à tous ces niveaux étaient engagées dans le processus de démarrage et de sélection de l'activité CIMEP.

Les quatre critères suivants ont été utilisés pour choisir les villes et les quartiers pilotes : (1) prévalence des facteurs-risques de pollution, (2) capacité de mobilisation sociale et financière, (3) prévalence des maladies liées à l'environnement, et (4) caractéristiques socioéconomiques de la population. Les trois villes et les neuf quartiers choisis sont les suivants :

- *Parakou*
Oueze : 245 ménages ; 1 900 habitants
Banikani : n/a
Zongo-Zenon : 362 ménages ; 3 300 habitants

- *Bembereke*
Gando : 500 ménages ; 4 100 habitants
Ouest de Bembereke : 200 ménages ; 1 600 habitants
Guere : 300 ménages ; 2 400 habitants
- *Banikoara*
Kokire : 275 ménages ; 955 habitants
Yandikparou : 500 ménages ; 3 500 habitants
Weterou : 300 ménages ; 2 100 habitants

La première ville, Parakou, est la capitale de Borgou. Elle compte 103 000 habitants, dont 60% environ vivent dans des zones urbaines. La ville est traversée par deux grandes artères routières allant Nord-Sud et Est-Ouest, représentant les principales voies de commerce avec Cotonou et le Nigeria.

Il existe une infrastructure de base telle que des routes, des points d'eau et des latrines dans la ville, mais certains endroits tels que les quartiers pilotes choisis sont moins bien desservis que d'autres. Les deux autres villes sont très différentes de Parakou. Bembereke, située à 105 kilomètres au Nord de Parakou, compte 60 000 habitants dont 10% seulement vivent dans le district urbain. Banikoara, située à 282 kilomètres au Nord de Parakou, compte légèrement plus de 10 000 habitants dont 85% vivent dans les zones urbaines. Les deux villes ont moins d'infrastructure et des caractéristiques plus rurales que Parakou. Toutefois, ces variations entre les trois villes sont utiles car elles reflètent la gamme de questions de santé environnementale et de contraintes administratives que l'on trouve dans les villes secondaires du département et de l'ensemble du pays.

1.4 Equipe technique

L'équipe qui a réalisé l'activité CIMEP/Bénin ainsi que ses responsabilités est indiquée ci-après.

- May Yacoob, Directrice technique EHP pour la participation communautaire, a conceptualisé le projet et a fourni supervision et direction technique.
- Margo Kelly, membre du personnel technique EHP, a géré l'activité générale EHP et a assuré la liaison avec les consultants locaux.
- Salifou Yallou, Coordinateur local et Consultant EHP, était responsable de la réalisation de l'activité sur le terrain, notamment les ateliers de formation, le suivi sur place, l'organisation des tables rondes et l'administration des fonds des microprojets.
- Habib Khanfir, Formateur en chef et Consultant EHP, a participé au démarrage, à la sélection initiale et à la conception des ateliers de formation.

Deux autres consultants ont également fait des contributions importantes au projet. Le Docteur Patricia Hibberd, médecin et épidémiologiste a conçu l'enquête initiale. David Miller, anthropologue, a analysé et évalué les indicateurs de gouvernance et de

démocratie pour l'activité. La mise en œuvre générale a été assurée par le Coordinateur local, un Béninois, de pair avec les équipes municipales et les représentants officiels locaux – tels que le préfet – qui ont contribué bien du temps et de l'énergie pour être sûrs que l'activité serait réussie. L'assistance technique expatriée des Etats-Unis était très limitée et ciblée et son but, conformément à la philosophie du CIMEP, était de transférer les compétences et de renforcer la capacité locale.

1.5 La méthodologie CIMEP

Ces cinq dernières années, le Projet de Santé environnementale, financé par l'USAID, a mis au point une méthodologie pour traiter des questions de santé environnementale en milieu périurbain, appelée Participation communautaire à la Lutte contre la Pollution de l'Environnement. Cette approche a permis aux collectivités et communautés locales – surtout les villes « secondaires » – de forger des partenariats et d'établir la confiance nécessaire pour identifier les problèmes de santé environnementale. Ces partenaires travaillent ensuite ensemble pour résoudre les problèmes par le biais d'une meilleure fourniture de services et d'une infrastructure améliorée, surtout pour les quartiers pauvres et peu desservis, et par le biais de changements au niveau du comportement individuel et familial. CIMEP va plus loin que les établissements sanitaires (qui ne sont utilisés par un petit pourcentage de la population au Bénin) et travaille avec les autorités municipales et les groupes communautaires locaux afin de traiter des facteurs-risques familiaux et communautaires et prévenir les maladies. Pour atteindre cet objectif, CIMEP se concentre sur la participation communautaire et met en place des relations de confiance entre l'Etat et la société civile. Cette stratégie renforce la gouvernance locale, aide le processus de décentralisation et fournit un mécanisme pour transférer les ressources aux communautés locales.

CIMEP part du principe que la prévention des maladies vient, dans l'idéal, des connaissances locales qui sont intégrées à une évaluation initiale des facteurs-risques comportementaux et environnementaux. La prévention des maladies est la responsabilité d'un grand nombre de ministères différents travaillant en partenariat avec les parties concernées communautaires. La mise en place d'un programme de prévention des maladies demande que des responsables de la santé, des travaux publics, de l'environnement et des organisations locales travaillent en partenariat avec le secteur privé, les guérisseurs traditionnels et les ONG locales en vue de s'attaquer aux facteurs-risques identifiés et ensuite de procéder aux améliorations de l'infrastructure et de réaliser les interventions visant au changement de comportement. CIMEP offre aux représentants officiels du gouvernement et aux communautés un moyen de traiter les facteurs sous-jacents responsables de la propagation des grandes maladies en créant un partenariat entre le personnel technique municipal, les décideurs et les communautés servies. Ce but est atteint en créant des équipes municipales qui sont le pivot d'un processus de 18 à 24 mois reposant sur les éléments suivants : ateliers de renforcement des compétences ; suivi sur les lieux du travail ; tables rondes avec des décideurs ; enquêtes initiale et de suivi sur l'impact clé du point de vue comportement et santé ; solutions mises en œuvre par la

communauté pour répondre aux problèmes ou microprojets ; formation des formateurs ; évaluation ; et formulation de stratégies de généralisation.

CIMEP n'est pas une seule intervention, telles que le balayage des rues, le ramassage des ordures ou l'installation de latrines. Il s'agit plutôt de la définition des facteurs-risques locaux qui affectent la prévalence et la persistance des maladies et de la conception des interventions qui traitent de ces facteurs-risques, qu'ils soient liés au comportement ou à l'infrastructure. En bref, CIMEP est une approche novatrice facilitant la participation communautaire et la gouvernance efficace en se concentrant sur les éléments suivants :

- Comment créer la confiance entre les représentants officiels du gouvernement et les communautés.
- Comment les municipalités peuvent-elles fournir des services plus efficaces aux quartiers peu desservis des villes secondaires.
- Changements individuels et familiaux dans le comportement lié à l'hygiène.
- Comment les interventions communautaires peuvent-elles être réalisées et maintenues.
- Comment les gouvernements peuvent-ils appliquer la décentralisation et obtenir les ressources nécessaires pour les communautés de manière « transparente. »

Après avoir utilisé cette méthodologie à Belize, en Equateur et en Tunisie, EHP a soutenu son application au Bénin.

1.6 Indicateurs

Base des indicateurs

Une stratégie générale du projet – de pair avec des indicateurs – a été formulée en collaboration avec la Mission et les représentants officiels locaux. Les indicateurs sanitaires du CIMEP sont liés à l'identification des facteurs-risques responsables des maladies diarrhéiques à deux niveaux : comportements des ménages et comportements communautaires. L'enquête initiale a confirmé qu'il existait des taux importants de maladies diarrhéiques : entre 35% et 40% dans les communautés pilotes, comparées à des données cliniques fragmentaires qui mesuraient le taux de maladies diarrhéiques à 3%-5% uniquement. Certains indicateurs des ménages identifiés dans l'enquête initiale étaient liés à l'utilisation des latrines par les familles, à l'hygiène alimentaire des enfants de cinq ans et moins, à l'utilisation (ou à la non-utilisation) de savon pour se laver les mains et à la protection de l'eau utilisée par la famille. Ces données initiales ont été utilisées avec des facteurs-risques connus, tels qu'une évacuation avec bonnes mesures d'hygiène des excréments humains, un bon lavage des mains et la protection de l'eau de boisson dans le but de formuler du matériel d'éducation en matière de comportement et d'hygiène.

La littérature indique que c'est en changeant les comportements des ménages qu'on arrive au plus grand impact sur la santé, mais ce n'était pas possible comme point de départ dans le contexte du Bénin à cause du manque d'infrastructure de base dans les

communautés pilotes (90% de la population défèque dans la brousse et plus de 50% n'ont pas accès à l'eau potable). Vu les délais et les ressources limitées, les parties concernées locales, y compris les représentants municipaux, ont décidé de se concentrer davantage sur les comportements communautaires pour diminuer les défécations publiques en protégeant les équipements publics (par exemples, les marchés, les stades, etc.) de la contamination fécale et en protégeant les points d'eau existants. Il faut mettre en place l'infrastructure nécessaire et apporter les connaissances à la communauté avant de pouvoir changer le comportement des ménages. Le projet cherchait à faire comprendre aux communautés locales quels étaient les facteurs-risques et ensuite, visait à atteindre certains buts communautaires, par exemple, l'utilisation correcte et l'entretien des latrines publiques pour les enfants et les adultes.

Ensuite, des microprojets ont été mis en place pour construire ces infrastructures communautaires et chercher à changer le comportement public. Les indicateurs de certains comportements améliorés étaient liés à ces microprojets. Ces indicateurs sont les suivants :

- Arrêter la pratique de défécation près de la nourriture sur la place du marché.
- Arrêter la pratique de défécation dans le quartier.
- Se laver les mains.
- Améliorer la quantité et la qualité du point d'eau principal.
- Protéger la nourriture des mouches.
- Diminuer le nombre de mouches qui se nourrissent sur les ordures en train de pourrir.

Un certain nombre d'indicateurs de gouvernance ont également été formulés dans les cinq domaines suivants :

- Changer les perceptions du gouvernement.

Indicateurs :

- Nombre de fois où un agent du gouvernement a consulté les membres communautaires pour trouver des solutions à des problèmes spécifiques.
- Nombre de fois où un agent du gouvernement peut indiquer que les membres communautaires ont influencé la réalisation de travaux publics.
- Niveau auquel s'est faite l'identification de problème

Indicateurs :

- Pourcentage de personnes dans la communauté qui sont au courant du processus d'identification des problèmes.
- Pourcentage de personnes dans la communauté qui démontrent la participation lors d'une séance d'identification de problèmes (tel que déterminé par une enquête aléatoire de la communauté).

- Pourcentage de personnes dans la communauté qui peuvent inclure au moins un problème identifié par l'activité lorsqu'on leur présente une liste de trois problèmes de santé environnementale.
- Nombre de personnes assistant à des séances d'identification de problèmes.
- Nombre de dirigeants communautaires assistant à des séances d'identification de problèmes.
- Nombre de représentants du gouvernement assistant à des séances d'identification de problèmes.
- Niveau auquel s'est faite l'analyse de solutions

(Mêmes indicateurs que le niveau d'identification de problèmes avec les modifications évidentes)

- Niveau de gestion

Indicateurs :

- Contrôle des comptes du microprojet par les membres communautaires.
- Responsabilité de supervision des travaux de construction de la part des membres communautaires.
- Plus grande communication et collaboration du gouvernement et de la communauté.

Indicateurs :

- Nombre de fois (la semaine dernière) qu'un membre d'une Equipe municipale élargie (EME) a parlé avec un membre du Comité départemental de Santé environnementale (CDSE) en dehors des réunions des tables rondes.
- Nombre de fois (la semaine dernière) qu'un dirigeant communautaire a parlé avec un membre de l'EME en dehors des séances de participation communautaire du projet (ou hors du site du microprojet).

2 Description des activités

Le chapitre précédent décrivait la première phase de l'activité, la phase de planification et de démarrage. Elle comprenait une évaluation initiale, la sélection des partenaires, des formateurs, des sites du projet et des membres des équipes municipales et des tables rondes ainsi que l'atelier de démarrage. Le présent chapitre décrit la seconde et la troisième étapes : formation et généralisation. L'étape de formation est le véritable pivot du processus CIMEP. Les principales composantes de cette étape sont les suivantes : atelier de renforcement des compétences, activités de terrain et suivi, tables rondes des décideurs, enquête initiale et démarrage des microprojets. Lors d'une série d'ateliers, les membres de l'EME ont acquis les compétences nécessaires pour faciliter la participation communautaire, travailler de manière productive avec les communautés locales et apprendre comment eux-mêmes et leur organisation pouvaient contribuer à la solution. La formation s'est déroulée en plusieurs cycles dont chacun était suivi par des activités de terrain. Lors des ateliers de renforcement des compétences, les membres de l'EME ont acquis des compétences d'évaluation participative, une connaissance technique applicable aux questions de santé environnementale dont les facteurs-risques des maladies diarrhéiques et la connaissance nécessaire pour mettre en place et administrer des microprojets avec les comités communautaires. Sous la direction des formateurs CIMEP, les membres de l'EME ont ensuite appliqué ces techniques une fois de retour dans leur propre communauté. Une grande partie de ce processus a été guidé par une enquête initiale des facteurs-risques pour les maladies diarrhéiques infantiles réalisée entre le deuxième et le troisième ateliers de renforcement des compétences. Par le biais des microprojets, les membres de l'EME ont travaillé avec les communautés pour concevoir et réaliser des interventions à faible coût payées par l'activité et les contributions communautaires. Lors de l'étape formation, des tables rondes de politiques ont été organisées pour revoir les progrès des EME et la réalisation des microprojets et ensuite, pour traiter des contraintes entravant le processus. L'étape de généralisation qui comprend une formation supplémentaire et qui ajoute une quatrième EME est encore en train d'être réalisée au moment de la rédaction de ce rapport. Une description plus détaillée des diverses composantes de la formation et de la généralisation est présentée dans les sections suivantes.

2.1 Atelier de renforcement des compétences

Le processus CIMEP/Bénin, qui comprenait un atelier de démarrage et une série d'ateliers de renforcement des compétences, a démarré en octobre 1997. Ces ateliers de renforcement des compétences étaient essentiels pour la réussite, la pérennisation et la reproduction de l'approche générale. Ils reposent sur les décisions prises et les relations forgées lors de la phase initiale et de l'atelier de démarrage. Après chaque atelier de renforcement des compétences, les activités de suivi dans les communautés ont permis l'application immédiate des compétences et des plans mis au point pendant l'atelier. Cette formation a joué un rôle important apprenant aux membres de l'équipe les concepts et les processus CIMEP. L'enquête initiale a été réalisée entre le second et le troisième

atelier. Les données collectées dans le cadre de l'enquête ont été discutées avec les communautés lors de réunions ouvertes avant le troisième atelier. Ensuite, les résultats de l'enquête et le feed-back des communautés ont été utilisés lors du troisième atelier pour l'élaboration des microprojets.

Environ 70 participants étaient présents à l'atelier de démarrage dont des représentants des bailleurs de fonds, des parties concernées aux niveaux national et départemental, des représentants officiels des villes pilotes et les membres de toutes les équipes municipales. Les ateliers de renforcement des compétences comptaient 25 à 30 membres d'équipes municipales. Pour chaque ville, on comptait quatre à cinq représentants locaux du secteur public (par exemple, un ingénieur des travaux civiques, un géographe, un inspecteur du Ministère de la Santé et un forestier), deux à trois représentants communautaires et deux représentants d'organisations non gouvernementales (ONG).

Le Tableau 1 ci-après est un calendrier des activités avec les dates des ateliers. Une liste chronologique des ateliers, leurs objectifs et les résultats sont présentés dans les sections qui suivent.

TABLEAU 1. Récapitulatif des activités du CIMEP/Bénin

Date	Activité
Mai-Août 1997	Sélection des sites et des participants Révision du plan de travail
Octobre 1997	Atelier de démarrage de 2 jours
Octobre 1997	Premier atelier de renforcement des compétences
Octobre 1997	Première table ronde départementale (Parakou)
Décembre 1997	Deuxième table ronde départementale (Bembereke)
Janvier 1998	Deuxième atelier de renforcement des compétences
Février 1998	Enquête initiale
Avril 1998	Troisième table ronde départementale (Banikoara)
Mai 1998	Table ronde des politiques nationales - 1 jour
Mai 1998	Atelier régional - 3 jours
Juin 1998	Troisième atelier de renforcement des compétences
Août 1998	Quatrième table ronde départementale (Parakou)
Août 1998-Août 1999	Réalisation des microprojets
Octobre 1998	Cinquième table ronde départementale (Bembereke)
Décembre 1998	Sixième table ronde départementale (Parakou)
Mars 1999	Septième table ronde départementale (Banikoara)
Mai 1999	Huitième table ronde départementale (Parakou)
Mai 1999	Neuvième table ronde départementale (Parakou)
Juillet 1999	Quatrième atelier de renforcement des compétences
Août 1999	Cinquième atelier de renforcement des compétences
Août 1999	Dixième table ronde départementale

2.1.1 Atelier de démarrage, 9-10 octobre 1997 – Parakou

Objectifs :

L'objectif général de cet atelier était de faire une présentation officielle de l'activité aux autorités départementales, locales et nationales et d'obtenir leur engagement face à l'activité elle-même et au processus. Un objectif secondaire était de sensibiliser les populations des communautés pilotes au processus par le biais de leurs représentants, à savoir les maires, les délégués et les membres de l'équipe municipale qui ont assisté à la réunion.

Résultats :

- Les autorités départementales et administratives locales ont accepté et soutenu les objectifs de l'activité.
- Un Mémoire d'Accord traitant des objectifs de l'activité et des responsabilités des divers partenaires a été signé par le préfet de Borgou, l'USAID et l'EHP. (Voir Annexe A.)
- Les membres des tables rondes ont été officiellement introduits à l'activité et l'on a obtenu leur soutien public.

2.1.2 Premier atelier de renforcement des compétences : renforcement des compétences EME, 13-16 octobre 1997 – Parakou

Objectifs :

L'objectif immédiat était de renforcer les compétences des membres de l'EME pour qu'ils puissent identifier les problèmes de santé environnementale dans leur communauté. Ce processus aide à répondre au « véritable » objectif sous-jacent – permettre aux habitants des communautés pilotes d'identifier leurs problèmes environnementaux de manière participative et décider les problèmes prioritaires sur lesquels ils vont se concentrer.

Résultats :

- Les membres de l'EME ont acquis des techniques participatives, telles que la cartographie communautaire, les histoires de quartier, les groupes de discussion focalisée et les interviews afin d'identifier les problèmes de santé environnementale dans leur quartier.
- L'utilisation de ces techniques a permis d'identifier huit à 10 problèmes de santé environnementale prioritaires dans chaque quartier pilote.
- Indirectement, ces activités ont aidé à créer un dialogue et une réflexion communautaire sur ces questions de santé environnementale.

2.1.3 Second atelier de renforcement des compétences : recherche et analyse des solutions aux problèmes de santé environnementale aux niveaux des ménages et de la communauté, 12-16 janvier 1998 – Parakou

Objectifs :

- Aider l'EME à mieux comprendre les problèmes identifiés pendant la première phase du CIMEP.
- Fournir aux membres de l'EME les outils nécessaires de recherche et d'analyse pour déterminer les solutions aux problèmes de santé environnementale identifiés.
- Renforcer les compétences d'animation communautaire chez les membres de l'EME.

Résultats :

- Les membres de l'EME ont acquis des compétences d'animation de groupe.
- Les membres de l'EME ont acquis des compétences de recherche et d'analyse, par exemple, créer des arbres de causalité, des arbres d'espoir et des matrices de solutions.

2.1.4 Troisième atelier de renforcement des compétences : élaboration et exécution des microprojets, 1-5 juin 1998 – Parakou

Objectif :

Après avoir analysé les problèmes et identifier les solutions appropriées, le principal objectif était d'élaborer des microprojets de manière participative avec les communautés. Un second objectif, c'était de faire comprendre aux membres de l'EME le changement de comportement nécessaire pour garantir la durabilité des interventions prévues.

Résultats :

A la fin de l'atelier, les membres de l'EME ont appris à élaborer des propositions de microprojets avec les communautés pouvant être présentés aux tables rondes aux fins d'examen technique et financier et d'approbation. Ces propositions comprenaient les objectifs des microprojets, les résultats souhaités, notamment le changement de comportement ciblé ; le plan de travail et le calendrier ; ainsi que le budget.

2.1.5 Quatrième atelier de renforcement des compétences : élaborer des stratégies de communication pour renforcer le changement de comportement, 19-23 juillet 1999 – Parakou (cet atelier comptait plus de 70 personnes, non seulement les membres de l'EME, mais également des membres des tables rondes, des artistes et des journalistes)

Objectifs :

Les objectifs de cet atelier étaient les suivants :

- Aider les équipes de gestion communautaire qui avaient dirigé les microprojets d'amélioration de l'infrastructure à comprendre les questions d'opérations et d'entretien pour les services communaux qui avaient été mis en place.
- Sensibiliser au changement comportemental nécessaire pour l'utilisation de l'infrastructure.

Résultats :

Les membres de l'EME ont appris les diverses manières de travailler avec les communautés pour mettre des systèmes en place concernant l'entretien correct et l'utilisation de cette infrastructure.

2.1.6 Cinquième atelier de renforcement des compétences : renforcement des compétences de l'EME pour Sinende, 2-6 août 1999 – Sinende (15 personnes ont assisté à cet atelier)

Objectifs :

A l'instar du premier atelier de renforcement des compétences à Parakou, l'objectif était de renforcer les compétences des membres de l'EME pour qu'ils puissent identifier les problèmes de santé environnementale dans leur communauté et travailler avec les membres communautaires pour atteindre ce but.

Résultats :

- Les membres de l'EME ont pris connaissance de techniques participatives, telles que la cartographie communautaire, les histoires de quartier, les groupes de discussion focalisée et les interviews afin d'identifier les problèmes de santé environnementale dans leur quartier.
- L'utilisation de ces techniques a permis d'identifier huit à 10 problèmes prioritaires de santé environnementale dans chaque quartier pilote.
- Indirectement, ces activités ont aidé à créer un dialogue et une réflexion communautaire sur ces questions de santé environnementale.

2.2 Tables rondes de politiques

Les municipalités et les communautés doivent changer la manière dont elles agissent entre elles – à savoir, de nouvelles politiques doivent être adoptées et des changements institutionnels doivent se faire pour traiter des questions de la santé environnementale. Cela s'est fait grâce au volet table ronde des politiques de l'activité CIMEP. De pair avec la sélection et la création de trois EME au début de l'activité, une table ronde des décideurs avec environ 15 membres a été créée pour superviser et guider le processus. Ce groupe était appelé le Comité départemental de Santé environnementale ou CDSE. Les tables rondes regroupaient des représentants officiels au niveau départemental (par exemple, le responsable de la santé au niveau local) et des responsables officiels au niveau circonscription (par exemple, le représentant du Département de la Planification et des Statistiques), et des représentants au niveau municipal (par exemple, les maires), des coordinateurs de l'EME, des membres choisis de l'EME et le coordinateur local du CIMEP. Le chef du département de Borgou, le préfet, présidait régulièrement les réunions.

A ce jour, 10 tables rondes ont été organisées. La réunion a été organisée à tour de rôle dans les trois villes – Parakou, Bembereke et Banikoara. En effet, il était important de changer l'emplacement de la réunion car cela forçait ainsi les représentants officiels du département qui vivent et travaillent dans la capitale, Parakou, à venir dans les villes secondaires, à voir par eux-mêmes les conditions, et à être en contact avec les représentants officiels et les habitants de ces communautés. Ainsi, le projet a su créer une plus grande confiance et améliorer les relations de travail entre les représentants au niveau départemental et ceux au niveau local, et il a su leur faire mieux comprendre les communautés qu'ils servent.

Le but des tables rondes CIMEP est d'identifier et de traiter les contraintes au niveau des politiques. Les membres des équipes municipales font état de leur interaction avec les communautés (résultat des ateliers de renforcement des compétences) et informent les membres des tables rondes de tout problème qu'il rencontre. Ensuite, ces tables rondes se penchent sur les questions et procèdent aux changements nécessaires au niveau des politiques. La participation à ce processus permet également aux représentants officiels d'élaborer des solutions à toute contrainte pouvant entraver les EME dans leur travail avec les communautés. Parallèlement, les tables rondes facilitent également la synergie entre l'Etat et la société civile, car les décideurs arrivent à mieux comprendre ce qui se passe dans les communautés clientes qu'ils sont supposés servir.

Les membres des tables rondes ont participé à l'atelier de démarrage et, partant, ils étaient engagés dans le processus dès le début. Les tables rondes ont été organisées environ toutes les quatre à six semaines. D'abord, elles ont été tenues en même temps que les ateliers de renforcement des compétences mais, par la suite, les dates ont été déterminées en fonction de l'examen et de l'évaluation des microprojets. Les premières tables rondes cherchaient à sensibiliser les membres au concept de santé environnementale et aux questions identifiées par les communautés par le biais de l'évaluation qualitative et de l'enquête initiale. Une fois les microprojets démarrés, les

réunions se sont concentrées davantage sur les questions de ressources, de politiques et de procédures qui devaient être résolues.

Chaque microprojet a été revu techniquement lors d'une table ronde. Dans un des cas, les latrines publiques proposées pour les marchés et les stades étaient situées trop près des puits et il a fallu les déplacer à un endroit plus adéquat. Dans un autre, les douches publiques n'ont pas été construites car le site proposé avait un drainage insuffisant. Si on les avait construits tel que proposé, une stagnation d'eau grisâtre se serait formée. Parfois, les membres des tables rondes réfèrent les membres des comités des microprojets à des techniciens locaux pour un examen de questions spécialisées. Les réunions des tables rondes incluaient également des visites sur place pour revoir les microprojets.

Les tables rondes ont été importantes, surtout dans le contexte du Bénin, pour atteindre le but du gouvernement de décentralisation des services et de financement. Le processus CIMEP met en place des structures permettant au gouvernement de transférer et de fournir un financement directement aux communautés et, par ailleurs, il permet aux communautés d'identifier et de gérer les interventions. Il n'existe aucun autre mécanisme analogue – avec la transparence, la responsabilisation et l'engagement communautaire – en place au sein de structures gouvernementales actuelles. Par conséquent, le processus CIMEP est un modèle pour le gouvernement pour atteindre son but de décentralisation des services et du financement.

En évaluant les tables rondes, il faut indiquer que bien de l'énergie et de nombreuses ressources ont été consacrées à leur création et à la détermination de leur configuration. Il est difficile de citer des politiques particulières provenant des tables rondes, mais elles ont aidé à identifier et à résoudre des contraintes quotidiennes entravant l'action. Lors d'étapes ultérieures, ces mécanismes de résolution de problèmes devront être institutionnalisés en politiques départementales. Un bon signe toutefois, c'est que le processus décisionnel a commencé de manière décentralisée. Par exemple, les sous-préfets institutionnalisent actuellement les EME dans leur ville – première étape pour créer une capacité municipale pour la planification et la résolution de problèmes au niveau local.

Le nouveau partenariat entre les représentants officiels locaux et les représentants communautaires au Bénin a été renforcé grâce aux tables rondes. Les représentants officiels du gouvernement – tant au niveau départemental que municipal – sont davantage conscients des problèmes locaux et savent mieux répondre aux besoins des communautés clientes. De plus, les représentants officiels du gouvernement peuvent utiliser ce partenariat pour identifier et soutenir des solutions aux problèmes de santé environnementale adéquates dans le contexte local.

S'inspirant de l'expérience au Bénin, certaines caractéristiques peuvent être retenues pour tracer les progrès des processus de gouvernance :

- ◆ *Changement du comportement institutionnel.* On peut le voir dans la manière dont les directeurs responsables des améliorations de la santé environnementale

définissent à présent leurs rôles et responsabilités pour trouver une solution à des problèmes venant des communautés locales. A l'avenir, la planification et la budgétisation au niveau départemental comprendront des solutions locales et décentralisées aux problèmes. Les représentants officiels commenceront à voir les communautés comme des sources de connaissance, d'expérience et de prise de décisions rationnelles. Actuellement, les communautés sont jugées être leurs clients.

- ◆ *Définition des problèmes.* La résolution des problèmes dépend d'institutions communautaires définissant leurs problèmes par le biais des tables rondes, leur donnant ainsi les moyens de mettre en œuvre ces solutions. Ce mode diffère de l'ancien paradigme où les experts de l'extérieur « définissent » le problème et les bailleurs de fonds viennent avec tel type d'intervention qu'ils veulent promouvoir et soutenir.
- ◆ *Accepter la variabilité.* Des solutions à intervention unique sont faciles à gérer du point de vue politiques. Grâce aux tables rondes, les représentants officiels ont commencé à comprendre les nombreux facteurs complexes pouvant varier d'un quartier à un autre. Armés de cette nouvelle connaissance, ils peuvent formuler des politiques qui conviennent aux conditions locales et à la manifestation locale des problèmes.
- ◆ *Soutenir la gestion locale.* La gestion locale – surtout la gestion de l'infrastructure – demande une connaissance technique dont ne disposent pas en général les communautés locales. Les tables rondes, par le biais de leur examen des microprojets, peuvent fournir l'expertise technique nécessaire et fournir un soutien à la gestion communautaire des interventions locales.

2.3 Enquête initiale

En février 1998, une enquête initiale des facteurs-risques de la transmission des maladies diarrhéiques a été réalisée auprès de ménages avec des enfants de cinq ans et moins dans trois quartiers pilotes. L'enquête a été conçue par un médecin épidémiologiste américain, Docteur Patricia Hibberd, et réalisée avec l'aide de l'épidémiologiste local, Docteur Leon Kohossi, et en collaboration avec le Docteur Moussa Yarou, du Ministère de la Santé. Le formateur local, Salifou Yallou, et le formateur en chef, Habib Khanfir, ont supervisé l'exécution même de l'enquête.

Le but au départ était de faire une enquête de suivi une année après l'enquête initiale. Diverses raisons ont empêché de le faire. Premièrement, l'enquête initiale a été réalisée en février 1998, époque qui n'est pas une saison de maladies diarrhéiques au Bénin. Le Docteur Hibberd, qui avait conçu la première étude, a recommandé que l'enquête de suivi soit faite en mai 1999 lors de la saison élevée de maladies diarrhéiques. Mais en janvier 1999, la Mission a adjugé son Projet quinquennal de Santé familiale intégré ciblant la prévention et le comportement des ménages et a annoncé qu'elle ferait sa propre enquête

initiale. Par conséquent, la Mission trouvait qu'il valait mieux que le projet EHP ne reproduise pas le travail en faisant une enquête analogue dans le département. De fait, le Projet de Santé familiale intégré utilise l'information de l'enquête initiale CIMEP pour élaborer sa propre enquête et il sera donc possible de faire un certain suivi et report de résultats.

2.3.1 Préparation pour l'enquête

Tel que mentionné dans le survol des ateliers de renforcement des compétences, des groupes de discussion focalisée se sont tenus pour former les EME afin qu'elles sachent reconnaître les comportements à risques élevés. Ensuite, des groupes de discussion focalisée ont été réalisés pour voir ce qui « préoccupe » les gens des communautés à propos de leur santé et environnement. Un total de 44 problèmes ont été signalés par les équipes des trois villes. Les facteurs-risques connus combinés à ces préoccupations aux problèmes ont été utilisés pour préparer une enquête initiale afin d'évaluer les facteurs-risques des maladies diarrhéiques infantiles et aider à concevoir les interventions communautaires et la phase microprojet du CIMEP. Le but de l'enquête était de déterminer les facteurs-risques effectifs et perçus des maladies diarrhéiques (et maladies connexes). Ensuite, ces données ont été utilisées pour mettre au point les interventions.

Une évaluation initiale a été faite de l'information obtenue par les discussions focalisées. Les 44 problèmes soulevés ont été classés en fonction des facteurs-risques des grandes maladies diarrhéiques. Sur les 44, 40 (soit 91%) sont des facteurs-risques pour la diarrhée infantile. Les problèmes restants concernent les facteurs-risques pour d'autres maladies, notamment le paludisme. Les problèmes ont également été classés en préoccupations communautaires, préoccupations familiales ou les deux. Au total, 24 ont été identifiées comme facteurs-risques communautaires, neuf comme facteurs-risques des ménages et 11 comme facteurs-risques des deux, communauté et ménage. Cette répartition était une information utile pour concevoir l'enquête.

Des visites sur place dans les trois villes ont été faites pour évaluer les facteurs-risques et la faisabilité d'une enquête de morbidité ou de prévalence chez les enfants de moins de cinq ans. On a rendu visite à des hôpitaux ou centres de santé dans deux des trois villes – Bembereke et Banikoara. L'importance de la diarrhée infantile a été confirmée par ces visites, avec une incidence pic selon les dossiers du centre, de juin à septembre. En fonction des visites dans les ménages faites par le personnel des deux hôpitaux dans les communautés avoisinantes, seule une petite proportion des cas de diarrhée infantile sont traités dans les établissements médicaux. De plus, le nombre de visites hospitalières pour les enfants changeait grandement (du simple au double) d'une année à l'autre en fonction des statistiques hospitalières. Le paludisme est également reconnu comme un grave problème de santé, mais l'on se préoccupe de la validité du diagnostic du paludisme. Les visites au site communautaire indiquent que les communautés ont déjà procédé à certains changements depuis que se sont tenus les groupes de discussion focalisée (par exemple, à Bembereke, certains sites d'ordures ont été nettoyés et, souvent, la nourriture vendue sur la place du marché était recouverte). Des visites dans les communautés et une sélection

aléatoire des ménages dans chaque ville indiquent qu'il existe plusieurs autres projets qui se concentrent sur l'environnement et la santé – notamment à Bembereke et à Banikoara. L'enquête pilote des ménages indique que les répondants comprenaient le terme « diarrhée, » décrit comme plus de trois selles pendant un jour, lors des 14 jours précédents. Le terme a été testé en français et en bariba dans le cadre de l'enquête pilote des ménages. (Le bariba est la langue la plus utilisée dans le Borgou.)

Les facteurs-risques des ménages étaient classés en fonction de catégories prédéterminées. Lors de l'enquête initiale, la proportion de ménages avec des facteurs-risques a été notée par ville et par communauté. Les données initiales de chaque ville ont été utilisées pour comparer les facteurs-risques de diarrhée dans les ménages qui avaient des enfants avec et sans diarrhée. Les facteurs-risques entre les villes n'ont pas été comparés, tel que spécifié par la conception de l'étude. Les facteurs-risques préspecifiés sont présentés dans les Figures 1 à 6 de l'Annexe B : point d'eau (probablement sans risques, peut-être sans risques ou probablement à risques) ; eau de boisson non couverte ; fait de ne pas se laver les mains avec de l'eau et du savon avant de manger, après avoir déféqué et après avoir nettoyé les enfants qui ont été à la selle ; dernier repas de l'enfant le plus jeune (sans risques ou à risques) ; propreté de l'endroit où mange la famille (présence d'ordures, présence d'excréments) ; présence d'animaux non domestiques dans la maison ; manque d'un système pour l'évacuation des ordures ; manque de latrines familiales ; endroits inappropriés pour la défécation des adultes et des enfants ; croyances entourant la diarrhée (peut être prévenue ou ne pas être prévenue) ; et causes connues de la diarrhée (ou ne connaît pas les causes). Les facteurs-risques sont comparés en utilisant soit un teste de Fisher, soit un test de chi-carré, et un ratio de probabilité avec un intervalle de confiance de 95%.

L'Annexe B du présent rapport comprend les principaux résultats de l'enquête initiale, avec une ventilation détaillée des résultats par ville et par quartier.

2.3.2 Principaux résultats de l'enquête initiale

Les résultats de l'enquête initiale ont été utilisés lors de l'étape des microprojets. Les communautés ont mis au point des propositions qui identifient non seulement les améliorations de l'infrastructure, mais également les liens entre les améliorations physiques et les changements de comportement qui doivent les accompagner. Tout au long du processus CIMEP, on a demandé à la communauté de participer et l'on a donné des choix aux habitants quant à la manière dont on allait dépenser leurs ressources. Tous les facteurs-risques n'ont pas pu être traités par les microprojets. Par exemple, toutes les communautés n'ont pas opté pour les projets de distribution de savon. La gamme d'interventions possibles pour traiter des facteurs-risques des maladies diarrhéiques comprenait l'amélioration des pratiques concernant le lavage des mains et l'utilisation des latrines – ce dernier point étant celui pour lequel les communautés ont mobilisé le plus leur énergie.

Dans chaque ville, des données initiales ont été utilisées pour évaluer les facteurs-risques de la diarrhée. Les facteurs-risques éventuels sont les suivants :

- Points d'eau de la famille – probablement sans risques, peut-être sans risques, probablement à risques
- Eau de boisson des ménages – couverte ou pas couverte
- Lavage des mains auto-signalé avant de manger – savon et eau ou pas de savon et eau
- Lavage des mains auto-signalé après la défécation – savon et eau ou pas de savon et eau
- Lavage des mains auto-signalé après le nettoyage de l'enfant qui a été à la selle – savon et eau ou pas de savon et eau
- Dernier repas de l'enfant le plus jeune – sûr ou pas sûr
- Ordures dans l'endroit où l'on mange – présence ou absence
- Excréments dans l'endroit où l'on mange – présence ou absence
- Poubelle pour les ordures – présence ou absence
- Latrines des ménages – présence ou absence
- Evacuation des matières fécales – appropriée ou inappropriée
- Evacuation des matières fécales des enfants – appropriée ou inappropriée
- Animaux non domestiques dans la cour – présence ou absence
- Raisons pour lesquelles les enfants ont la diarrhée – raisons données ou alors le répondant ne savait pas pourquoi
- Opinion – la diarrhée peut-elle être prévenue ou non

A Parakou, aucun de ces facteurs-risques familiaux n'a été associé aux enfants qui avaient eu la diarrhée pendant les deux dernières semaines. A Bembereke, les enfants des répondants étaient quatre fois plus susceptibles d'avoir la diarrhée si leur mère ne pouvait pas donner de raisons pour lesquelles les enfants souffrent de la diarrhée (ratio de probabilité 4,1, intervalle de confiance 95% 1,3-12,7, $p=0,02$). A Banikoara, les enfants des répondants étaient six fois plus susceptibles d'avoir la diarrhée si l'on n'utilisait pas d'eau et de savon pour laver les mains après la défécation (ratio de probabilité 6, intervalle de confiance 95% 1,2-28,7, $p=0,02$). Ils étaient également cinq fois plus susceptibles d'avoir la diarrhée si leur mère n'utilisait pas d'eau et de savon pour nettoyer ses mains après avoir nettoyé quand l'enfant a été à la selle (ratio de probabilité 5,4, intervalle de confiance 95% 1,1-26, $p=0,04$). Les enfants des mères à Banikoara qui pensaient que la diarrhée des enfants ne peut pas être prévenue étaient trois fois plus susceptibles d'avoir la diarrhée que les enfants des mères qui pensaient que la diarrhée peut être prévenue (ratio de probabilité 3,3, intervalle de confiance 95% 1,1-9,4, $p=0,04$).

Ces résultats ont permis de dégager les leçons suivantes :

Niveaux de couverture de l'infrastructure et diarrhée. Il existe une grande variation dans les facteurs-risques pour la diarrhée dans les trois villes. En général, la proportion des ménages avec au moins un enfant souffrant de diarrhée était analogue et plus élevée qu'on ne l'avait pensé lors de l'enquête pilote. Surprenant de noter par ailleurs que même à Parakou, où l'infrastructure était la meilleure, la prévalence de la diarrhée était

analogue à celle de Bembereke et Banikoara. Tel que prévu, les enfants plus jeunes couraient le plus de risques de contracter la diarrhée.

Causes et définitions de la diarrhée. La diarrhée n'a pas été identifiée comme un grave problème de santé par la majorité des répondants. Deux raisons possibles viennent l'expliquer : (1) la diarrhée peut être reconnue comme le « problème abdominal » dont ont souvent parlé les répondants et non pas comme diarrhée de manière spécifique, et/ou (2) la question traitait spécifiquement des problèmes de santé de la répondante et non pas de ses enfants. La poussée des dents était la cause mentionnée la plus souvent pour la diarrhée dans les trois villes, bien que l'on ait reconnu que la propreté et la protection des aliments et de l'eau étaient des manières importantes de prévenir la diarrhée. A Bembereke et à Banikoara, les enfants des répondants qui connaissaient bien les causes de la diarrhée et les moyens de la prévenir étaient moins susceptibles d'avoir la diarrhée.

Points d'eau. L'utilisation de points d'eau non salubre est très répandue. Souvent, les puits des communautés et des ménages ne sont pas recouverts et certains ne sont même pas protégés par un petit mur. Souvent, l'eau de boisson est laissée sans couvercle dans la maison, chose constatée dans les communautés à l'extérieur de Parakou et très peu de ménages traitaient leur eau de boisson.

Hygiène alimentaire. L'utilisation de sources de nourriture comportant des risques pour les enfants âgés de moins de cinq ans a été constatée un peu partout, y compris la nourriture pour les enfants de moins de cinq mois qui ne devraient recevoir que le lait maternel, en fonction des directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Défécation dans des endroits inappropriés. La défécation dans des endroits inappropriés tant de la part des enfants que des adultes est chose très répandue dans toutes les communautés et c'est partiellement lié au manque de latrines des ménages. Outre l'amélioration et l'installation des latrines publiques et familiales, il faut également procéder à des améliorations dans les ménages qui ont déjà des latrines. En effet, une éducation pourrait être donnée pour montrer le rapport qui existe entre la contamination fécale et la diarrhée et pour demander aux gens de maintenir propres les latrines, de les vider quand elles sont remplies et de demander aux enfants de les utiliser.

Animaux domestiques et hygiène du ménage. On note souvent la présence d'animaux domestiques et non domestiques dans les maisons. Il faut trouver d'autres endroits pour les animaux non domestiques afin de maintenir à l'écart de la famille leurs excréments. Il faut également fournir une éducation sur l'élimination des excréments dans les endroits où les membres de la famille préparent et mangent la nourriture.

Lavage des mains : connaissance contre pratique. L'on sait bien qu'il est important de se laver les mains pour prévenir la diarrhée, mais cela ne se traduit pas par l'utilisation de l'eau et du savon pour se laver les mains avant de manger, après la défécation ou après le nettoyage quand un enfant a été à la selle. Les raisons expliquant cette non-utilisation de l'eau et du savon pourraient être le coût et le manque de disponibilité du savon ainsi que le manque d'éducation sur l'importance de l'utilisation de l'eau et du savon, comparée à

la seule utilisation de l'eau. Vu qu'on utilise le plus souvent l'eau seulement pour se laver les mains, il ne semble pas que la disponibilité de l'eau soit un problème.

Déchets solides : sites de défécation publics et mouches. Dans la majorité des ménages, l'on ne prend pas les mesures adéquates pour jeter l'eau usée et les ordures. Il est urgent d'installer l'infrastructure nécessaire à cet effet pour éliminer l'accumulation d'ordures dans les ménages et dans les communautés.

L'analyse des données a permis d'élaborer un certain nombre de microprojets ou composantes connexes. S'agissant des éléments suivants : (1) éducation sur l'importance de protéger les puits et les récipients d'eau et de traiter l'eau de boisson, (2) meilleure utilisation des latrines par les enfants, (3) élimination des excréments dans les endroits où les membres de la famille préparent la nourriture, (4) éducation sur l'importance de l'utilisation du savon et (5) éducation sur les mesures à prendre pour évacuer correctement l'eau et les ordures afin de diminuer les sites où se reproduisent les mouches et les moustiques. Toutefois, il faut mentionner qu'il existe un grand nombre de facteurs-risques pour la diarrhée infantile identifiés par l'enquête initiale. Aussi, en passant à l'étape intervention et élaboration des microprojets sur la période de deux ans, seul un nombre limité de ces facteurs-risques ont-ils pu être ciblés.

2.4 Microprojets

Les microprojets sont un volet essentiel du processus CIMEP au Bénin. Ils permettent aux membres communautaires de prendre des actions concrètes concernant un problème de santé environnementale. Le but des microprojets est de fournir un enseignement pratique basé sur l'expérience pour réaliser une intervention aux solutions communautaires, avec une amélioration physique et un aspect de changement comportemental face à un problème prioritaire. Les gens se réunissent et essaient d'arriver à une vision communautaire commune. Parallèlement, les microprojets sont un véhicule pour renforcer les institutions et forger la confiance. Les communautés apprennent à comptabiliser et dépenser les fonds pour les microprojets. Elles déterminent également les ressources – financières, techniques ou en nature – que les communautés vont apporter au processus. Par conséquent, les microprojets sont d'importance fondamentale pour renforcer la capacité et la confiance, tant chez l'individu que dans l'institution.

En juin et en juillet 1998, les membres de l'EME ont travaillé avec des comités communautaires qui avaient été créés pour formuler des propositions de microprojet. Les EME ont aidé les comités à intégrer un volet comportement lié aux microprojets. Chaque intervention, ou microprojet, comporte un ensemble de comportements (par exemple, les facteurs à l'origine des maladies diarrhéiques) et les facteurs-risques environnementaux connexes, tels que déterminés par l'évaluation initiale. Le changement de comportement ciblé peut se faire au niveau communautaire ou au niveau ménage. Des contrats ont été établis avec les communautés concernant les changements comportementaux liés aux microprojets. Chaque microprojet devait répondre aux critères suivants :

- Traiter des facteurs-risques comportementaux et environnementaux pour la maladie identifiée lors de l'évaluation initiale.
- Comprendre les contributions communautaires – tant du point de vue argent que main-d'œuvre – aux microprojets.
- Suivre les changements comportementaux et environnementaux spécifiques.
- Contribuer à la vision commune en vue d'améliorer la santé environnementale.
- Faire participer le comité communautaire à la planification et à la mise en œuvre.
- Recevoir l'approbation nécessaire par les tables rondes du point de vue adéquation et faisabilité technique.

Le Tableau 2 ci-après fait une liste des microprojets par ville et quartier, indiquant l'intervention physique, le changement communautaire connexes ainsi que les avantages de ces changements.

Tableau 2. Microprojets réalisés au Bénin, août 1998 à août 1999

Emplacement	Intervention physique	Changement communautaire connexe*	Avantages
Bembereke : Ouest	1. Réparation des latrines sur les places du marché 2. Réparation du point d'eau	Cesser la pratique de défécation près de la nourriture du marché. Introduire le comportement de lavage des mains autour de la zone du marché. Entretien correctement le point d'eau.	A permis de mettre en place les premières latrines d'enfants sur la place du marché. Les femmes du marché se sont organisées pour protéger la nourriture. Evacuation des déchets humains et des ordures.
Bembereke : Gando	1. Réparation du point d'eau 2. Construction de nouvelles latrines	Organisation par les femmes communautaires pour protéger le point d'eau. Evacuation, par les habitants, des ordures et des déchets humains autour du point d'eau. Arrêter de déféquer près de la nourriture sur la place du marché. Introduire le comportement de lavage des mains sur la place du marché.	Meilleures quantité et qualité du point d'eau principal. Meilleure hygiène publique sur les places du marché. Limiter la propagation de maladies.

Emplacement	Intervention physique	Changement communautaire connexe*	Avantages
Bembereke : Guere	1. Nouvel abri du marché et réparation des latrines du marché. 2. Nouvelles latrines	Arrêter de déféquer près de la nourriture sur la place du marché. Introduire le comportement de lavage des mains sur la place du marché. Protection de la nourriture contre les mouches. Evacuation des ordures et des déchets humains autour des latrines. Cesser de déféquer dans le quartier. Introduire le comportement de lavage des mains.	A permis d'installer les premières latrines pour enfants sur la place du marché. Organisation des femmes du marché pour protéger la nourriture. Meilleure hygiène publique aux marchés. Réduction de la propagation des maladies.
Banikoara : Kokire	1. Nouvelles latrines 2. Drainage couvert des eaux usées	Cesser de déféquer près de la nourriture dans le quartier. Introduire le comportement de lavage des mains. Réduction des sites de multiplication des moustiques. Réduction des mouches sur les ordures et pourritures.	A permis d'installer les premières latrines pour enfants dans le quartier. Plan d'entretien organisé par la communauté. Meilleure hygiène publique. Réduction de la propagation des maladies.
Banikoara : Weterou	1. Nouvelles latrines 2. Drainage couvert des eaux usées 3. Réparation de deux puits communautaires et connexion au tout à l'égout	Cesser de déféquer près de la nourriture dans le quartier. Introduction du comportement du lavage des mains. Réduction des sites de reproduction des moustiques. Réduction des mouches sur les ordures et pourritures. Organisation des femmes communautaires pour protéger et nettoyer les points d'eau. Organisation des femmes communautaires pour maintenir les points d'eau et payer les redevances avec les ressources financières collectées de la vente de l'eau.	A permis d'installer les premières latrines pour enfants dans le quartier. Plan d'entretien organisé par la communauté. Meilleure hygiène publique. Réduction de la propagation des maladies. Meilleures quantité et qualité des points d'eau dans le quartier.

Emplacement	Intervention physique	Changement communautaire connexe*	Avantages
Banikoara : Yadikparou	1. Evacuation des déchets 2. Nouvelles latrines 3. Drainage couvert des eaux usées	Réduction des mouches sur les ordures et pourritures. Cesser la défécation dans les dépotoirs d'ordures non autorisés. Cesser la défécation dans le quartier. Introduire le comportement de lavage des mains. Réduction des sites de reproduction des moustiques. Réduction des mouches sur les ordures et pourritures.	Meilleure hygiène publique. Réduction de la propagation des maladies. Plan d'entretien organisé par la communauté, notamment frais de transport pour l'évacuation des déchets. Meilleure hygiène publique. Réduction de la propagation des maladies. Plan d'entretien organisé par la communauté. Meilleure hygiène publique dans les rues et entre les maisons. Réduction de la propagation des maladies.
Parakou : Zongozenon	1. Nouvelles latrines 2. Drainage couvert des eaux usées	Cesser de déféquer dans le quartier. Introduction du comportement de lavage des mains. Réduction des sites de reproduction des moustiques. Réduction des mouches sur les ordures et pourritures.	Meilleure hygiène publique. Réduction de la propagation des maladies. Plan d'entretien organisé par la communauté. Meilleure hygiène publique. Réduction de la propagation des maladies.
Parakou : Oueze	1. Drainage couvert des eaux usées 2. Nouvelles latrines	Réduction des sites de reproduction des moustiques. Réduction des mouches sur les ordures et pourritures. Cesser de déféquer dans le quartier. Introduire le comportement de lavage des mains.	Meilleure hygiène publique. Réduction de la propagation des maladies. Plan d'entretien organisé par la communauté. Meilleure hygiène publique. Réduction de la propagation des maladies.
Parakou : Banikani	1. Réparation des routes et drainage	Création de confiance dans une communauté défavorisée	Meilleure hygiène publique et sécurité.

* Les résultats dans cette colonne ont été observés mais non pas quantifiés.

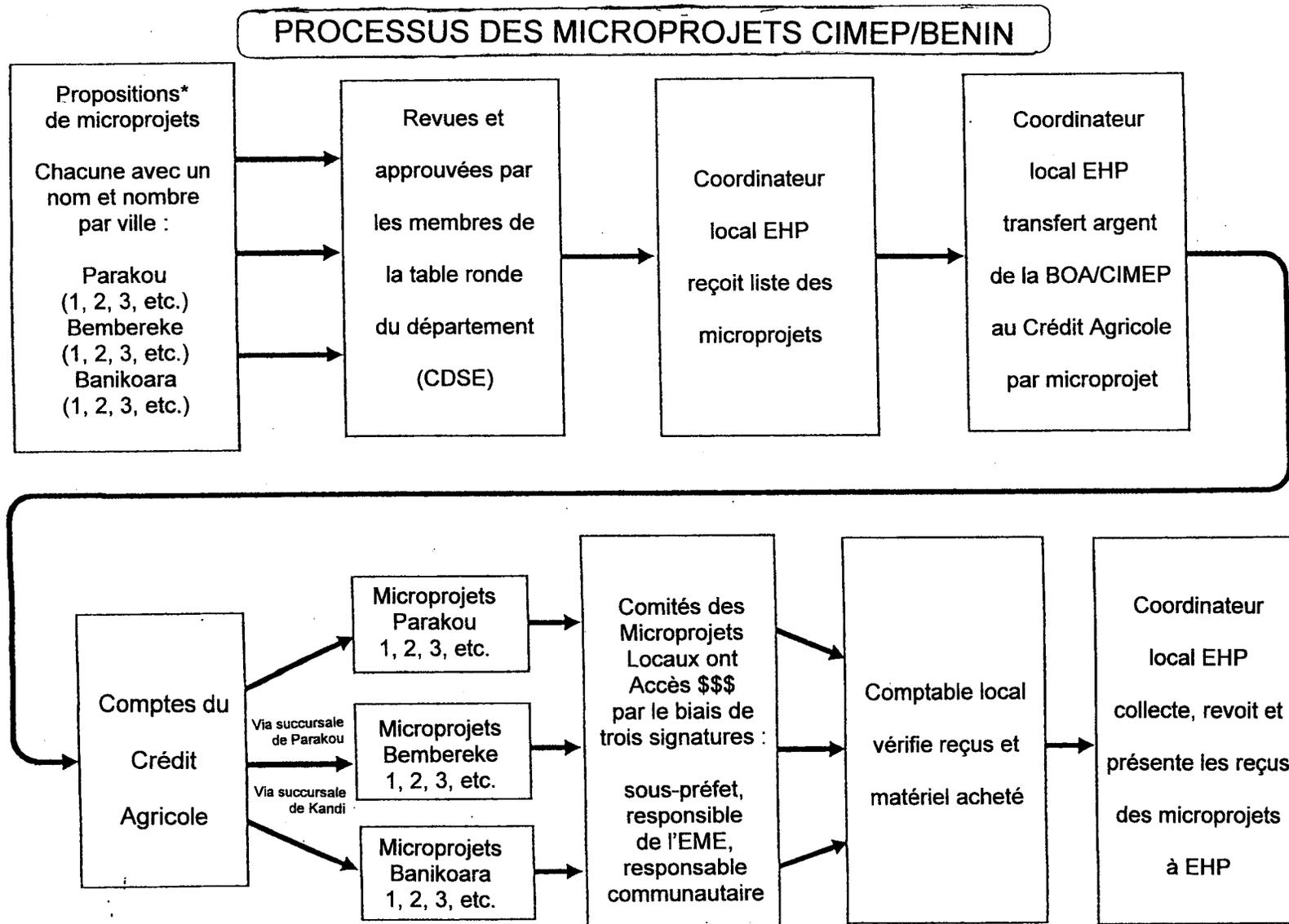
Outre l'amélioration de l'infrastructure communautaire et les avantages connexes sur le plan de la santé, les microprojets ont permis à ces communautés d'apprendre à collecter et à gérer les ressources. La réalisation de cela de manière transparente et ouverte était une partie importante du processus. Vu l'infrastructure bancaire limitée au Bénin, EHP a mis en place le mécanisme suivant, avec les contrôles nécessaires en vue de transférer et de déboursier les fonds des microprojets aux communautés :

1. EHP a transféré des fonds en tranches de 10 000\$ à 15 000\$ à un compte de microprojet CIMEP de la Banque de l'Afrique (BOA) à Parakou. Seul le Coordinateur local avait accès au compte.
2. Les membres de la table ronde du département se sont rencontrés, ont revu et ont approuvé (ou ont proposé des modifications) les propositions de microprojet présentées par les comités des quartiers dans les trois villes.
3. Le Coordinateur local EHP a transféré l'argent du compte de la BOA à chaque compte de microprojet, identifié par nom et numéro au Crédit Agricole de Parakou, Bembereke et Banikoara.
4. Les fonds des microprojets ont été mis à la disposition du Crédit Agricole par prélèvement avec signature de trois personnes : le sous-préfet, le chef de l'EME et le représentant de la communauté.
5. Chaque comité de microprojet a organisé ses reçus, revus et vérifiés par un comptable local et ensuite présentés au Coordinateur local EHP. Celui-ci a revu, compilé et envoyé les réceptions de fonds et le résumé comptable à EHP.

La Figure 7 illustre le processus de transfert des microprojets.

La quantité totale transférée aux microprojets est de 55 000\$. Le coût des microprojets s'élève généralement entre 500\$ et 2 000\$. Les communautés ont fourni la main-d'œuvre et ont pris à leur charge un certain pourcentage des coûts. Cet argent a été envoyé en tranches. Les groupes des microprojets devaient atteindre certains points jalons avant que ne soit transférée la prochaine tranche. Cette condition demandait également au comptable de vérifier tous les reçus pour les fonds qui avaient été dépensés, s'assurant par ailleurs que les communautés contribuent effectivement à certains pourcentages en argent ou en nature aux microprojets. Quand toutes ces conditions étaient satisfaites, la tranche prochaine de fonds était transférée aux comités communautaires.

Figure 7



* Chaque microprojet traite d'un ensemble de comportements à risques liés à la transmission des maladies diarrhéiques et comprend des contributions de chaque communauté.

Transparence et décentralisation

Les microprojets représentent des processus d'apprentissage expérientiel qui permettent de forger la confiance entre les quartiers et l'administration locale. Contrairement à la pratique normale au Bénin de recruter des ONG locales qui seraient les contractants et les responsables financiers, dans l'activité CIMEP, ce sont les communautés elles-mêmes qui gèrent l'argent. La transparence et la décentralisation sont des parties importantes du processus des microprojets au Bénin et leur importance est décrite ci-après.

Lorsqu'on met en place des microprojets, il est important d'établir d'abord la transparence – aux nombreux niveaux différents. Au niveau communautaire, cela signifie que les groupes des quartiers doivent aider à créer, à accepter et à comprendre les critères mis au point pour les microprojets et à vérifier que les critères sont appliqués et respectés dans les différentes villes du projet. Un tel engagement vérifie que tout l'argent et la main-d'œuvre contribués sont comptabilisés et qu'il existe les contrôles nécessaires pour qu'il n'y ait pas gain personnel déloyal de la part d'une personne administrant les microprojets. Tous les fonds, le matériel et les contributions sont comptabilisés par un auditeur de l'extérieur. Cette transparence doit également s'appliquer à la manière dont travaillent les responsables du gouvernement. Ils doivent se rencontrer de manière régulière, faire le compte rendu de leurs réunions et mettre au courant les communautés (par le biais d'un membre de l'équipe municipale) quant aux décisions faites concernant l'approbation des microprojets et autres questions soulevées. Cette transparence du processus décisionnel aide les gens à apprendre à être responsables et à se faire confiance entre eux ainsi qu'aux représentants officiels du gouvernement.

La décentralisation est un élément important des microprojets. Elle renforce la gouvernance locale et met en place un mécanisme permettant aux gouvernements de transférer les ressources aux communautés. Alors que les ministères nationaux continuent à confier la prise de décisions et les ressources nécessaires à cette fin aux niveaux départemental et municipal, il devient encore plus important et urgent de mettre en place la capacité locale en vue d'assumer cette responsabilité. De plus, le processus soutient les mécanismes de décentralisation en créant une administration publique qui sait travailler horizontalement et répondre aux besoins communautaires de manière efficace et ouverte.

La première étape des microprojets a été achevée à la fin d'août 1999. Les quartiers qui avaient terminé rapidement cette première étape ont reçu des fonds pour passer à la seconde série de microprojets. Une fois le cycle achevé et quand il existe les systèmes et les procédures, la réalisation de microprojets successifs devient plus facile et plus rapide.

En conclusion, les interventions en elles-mêmes sont importantes pour réduire les facteurs-risques des maladies diarrhéiques. Tout aussi importants sont les changements de comportement, notamment dans la manière dont la société civile se perçoit et l'administration voit son rôle. Au fur et à mesure que le pays met en place les processus de décentralisation, les stratégies de planification sanitaire et de prévention des maladies peuvent être les fondements de cet effort. Le processus de décentralisation doit également inclure le suivi et l'évaluation communautaires de sorte à ce que les membres et les

responsables de la communauté aient les moyens d'évaluer, de suivre et de mesurer les progrès.

2.5 Généralisation

Dès le début de la réalisation du CIMEP, le but est de généraliser le processus au-delà de son contexte initial. Tel fut le cas au Bénin, où les trois villes pilotes – Parakou, Bembereke et Banikoara – étaient les tremplins nécessaires pour étendre à plus grande échelle le processus. Il est important d'insister sur les « économies d'échelle » lors de la généralisation. Cela signifie que la première étape de la mise en œuvre du CIMEP est la plus chère (demandant une importante assistance technique de l'extérieur pour mettre sur pied le processus) et c'est également celle qui prend le plus longtemps. Une fois les systèmes en place et quand le Coordinateur local et les équipes municipales connaissent bien le processus, les fondements sont posés aux fins d'expansion et de reproduction.

Niveau national

Au moment de la rédaction du présent rapport (automne 1999), le processus de généralisation a déjà commencé au Bénin. Outre le Coordinateur local qui maîtrisait le processus, cinq coformateurs existent à présent. Ils viennent des EME. Ces personnes quittent à présent des trois quartiers pilotes pour répéter le processus dans les autres quartiers de leur ville. Parallèlement, les formateurs EME apportent le processus CIMEP à une quatrième ville – Sinende. Une quatrième EME a été créée à cet endroit et ses membres vont assister à une série d'ateliers de formation et réaliser également des microprojets par le biais des comités communautaires. Le but est d'étendre le CIMEP à la plupart des villes du département. Une fois ce but atteint, les meilleurs formateurs départementaux établiront le même système d'atelier de formation dans les cinq départements du Bénin. Cette expansion se fera à un coût relativement modeste en dépendant surtout de l'assistance technique et des ressources du pays.

Cette expansion se fait certes par le biais des EME, mais les tables rondes s'accroissent également et comptent des représentants d'autres villes. Le préfet et d'autres membres des tables rondes venant de divers ministères sont en train de renforcer leurs relations avec les collaborateurs au niveau national pour créer les politiques nécessaires aux fins d'expansion de cette approche au Bénin. Des représentants officiels du Ministère du Plan ont observé de près le processus CIMEP et cherchent à l'intégrer à leurs efforts de décentralisation. Ils voient le CIMEP comme un outil pouvant être appliqué à la planification non seulement pour les interventions de santé environnementale, mais également dans d'autres secteurs. Les processus mis en place dans le cadre de cette activité peuvent être utilisés pour transférer les fonds aux communautés et encourager leur emploi efficace de manière transparente et responsable. Le processus CIMEP entier pourrait étendre les liens entre l'administration au niveau départemental et ses communautés clientes, résultant donc dans une société civique plus solide. Toutefois, l'USAID et d'autres bailleurs de fonds devront continuer à fournir de modestes ressources pour financer la généralisation de l'approche CIMEP au vu des modiques ressources dont

dispose le gouvernement. Lors de l'étape initiale, l'USAID continue à financer le Coordinateur local et certains microprojets pour l'année suivante (1999-2000).

Le Comité national de Santé environnementale

Un Comité national de Santé environnementale a été créé pour partager avec les ministères centraux du Bénin les accomplissements et les expériences du département de Borgou. Le travail de préparation pour la mise en place de ce comité a été fait entièrement par le préfet de Borgou, qui voulait s'assurer que l'expérience CIMEP pouvait s'étendre à d'autres départements que le sien. Alors que les processus de décentralisations sont mis en place au Bénin, les directeurs des divers départements essaient de définir leurs rôles face aux structures et mécanismes nationaux. Les lignes de communication verticale sont encore très évidentes car les recettes des départements ne sont pas recouvrées au niveau local. Les directeurs des départements dépendent du gouvernement central pour leurs budgets et leurs carrières. Aussi, ce comité national a-t-il été créé dans le cadre de ces premières étapes de la décentralisation.

Le Comité de Santé environnementale ne s'est rencontré qu'une seule fois – en mai 1998, juste avant l'Atelier régional – mais des décisions importantes ont été prises lors de cette réunion concernant le maintien du changement d'hygiène et de comportement par le biais de l'infrastructure communautaire. Les représentants officiels de Borgou ont indiqué que le manque de services d'hygiène départementaux était un facteur limitant. Par conséquent, l'on a décidé que des agents en charge de l'hygiène seraient formés à Borgou pour renforcer l'assainissement public. Deux membres de l'EME ont été recrutés pour apporter la formation.

Mais, à ce jour, le Comité de Santé environnementale n'a pas encore pris d'action depuis sa première réunion. C'est dû en grande partie aux changements politiques – notamment changements de ministres et élections de nouveaux maires – qui ont eu lieu pendant le projet CIMEP. Il n'est pas facile de gérer un tel comité national quand il y a tant de changements au niveau du personnel. Il est également difficile de maintenir une perspective nationale constante dans un pays qui en train de définir ce qu'il souhaite en termes de décentralisation.

2.6 Atelier régional

Du 18 au 20 mai 1998, un atelier régional intitulé « Approches communautaires pour la santé environnementale dans les villes secondaires de l'Afrique de l'Ouest et processus de généralisation » s'est tenu à Cotonou, au Bénin. L'atelier a été organisé conjointement avec l'activité CIMEP au Bénin. Plus de 50 parties concernées intervenant sur les questions urbaines et les approches communautaires de six pays africains se sont réunies pour une période d'intenses discussion, réflexion, découverte et création de réseaux. Pendant l'atelier de deux jours et demi, des représentants du gouvernement et des bailleurs de fonds, des représentants officiels des ONG et des dirigeants communautaires ont travaillé ensemble aux fins suivantes :

- partager les expériences et déterminer les leçons apprises au niveau de la gestion de la santé environnementale dans les villes secondaires de l’Afrique de l’Ouest,
- utiliser davantage et mieux comprendre les approches communautaires pour améliorer la santé environnementale,
- identifier les volets critiques des approches communautaires pour une gestion efficace de la santé environnementale, et
- promouvoir la généralisation des initiatives locales en cours au niveau régional.

L’atelier a également facilité la collaboration entre les représentants de la Banque africaine de Développement (BAD), le Programme de Gestion urbaine (PGU) du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et l’EHP. Les représentants de chacune des organisations ont participé à des présentations et discussions d’atelier. L’atelier et ses produits ont été conçus tout spécifiquement pour contribuer aux programmes EHP, PGU et BAD.

A la conclusion de l’atelier, les participants se sont joints aux organisations parrainantes pour exprimer le souhait de réaliser une série d’activités analogues. Ils ont insisté sur l’urgence d’un dialogue international renforcé sur l’urbanisation et le pouvoir des réseaux pour mettre en place les approches communautaires à la santé environnementale. Ils ont souligné la nécessité de renforcer les villes de l’Afrique de l’Ouest et ont mis en garde contre la crise urbaine de la région qui semble s’approcher rapidement.

3 Résultats

Tel qu'indiqué auparavant, le contexte du Bénin – où l'infrastructure et les ressources de base manquent et où le gouvernement traverse un processus de transition et de décentralisation – a influencé l'orientation et les résultats de l'activité. Par exemple, l'activité a été confiée au responsable administratif du département au lieu du Médecin Chef. Sous la direction de l'administration départementale, une bonne gouvernance, un sens d'appartenance du processus et des services améliorés sont devenus la cible pour créer un « contexte favorable » à une meilleure santé publique. Au vu de cette orientation et capacité locale limitée, les parties concernées ont choisi de se concentrer sur l'amélioration de l'infrastructure communale et le changement de comportement dans des endroits publics plutôt que de traiter du changement de comportement au niveau du ménage. Ce dernier but est ciblé dans le Projet de Santé familial intégré de cinq ans réalisé actuellement au Bénin.

Les résultats présentés dans ce rapport sont de nature qualitative, se basant sur l'observation, et non pas quantitative. Tel que mentionné auparavant, l'activité CIMEP doit continuer pendant une autre année et, à ce moment-là, une évaluation de suivi pourra être faite avec des résultats quantitatifs.

3.1 Santé

Vu qu'aucune enquête de suivi n'a été faite après l'enquête initiale, il n'est pas possible de signaler les résultats sur la santé du point de vue réduction effective des taux de maladies diarrhéiques. Il convient de répéter que le CIMEP se fonde sur le renforcement, l'amélioration et le maintien de l'infrastructure communautaire et sur la création d'un contexte favorisant le changement de comportement communal et familial. Mais un effort a été fait pour examiner certains changements observables pouvant servir d'indicateurs de l'amélioration des conditions de santé environnementale publique. Le Coordinateur local, utilisant les observations de base et les directions de l'épidémiologiste des Etats-Unis a observé les améliorations suivantes dans chacun des quartiers pilotes des trois villes :

- L'eau utilisée par les familles des communautés est plus propre.
- La quantité d'eau a augmenté dans certains quartiers.
- Il existe une diminution marquée et observée de la défécation publique.
- Les marchés sont plus propres, tel qu'on peut l'observer, surtout les restaurants des marchés.
- Il existe moins de mouches dans les marchés et les endroits publics.

Ces résultats ont été obtenus grâce au travail des EME avec les communautés et des divers microprojets qui ont été exécutés.

3.2 Gouvernance et démocratie

En mai 1999, le consultant EHP, Docteur David Miller, s'est penché sur les questions institutionnelles de gouvernance et de démocratie liées au processus CIMEP pour faire une évaluation finale. Après cinq jours d'interviews avec les parties concernées locales, il signale les changements et résultats suivants de cette activité :

Changements de perceptions : Les représentants officiels du gouvernement sont davantage conscients de la capacité des membres communautaires à analyser et à résoudre les problèmes de santé environnementale locaux. Ces représentants officiels ont traduit cette nouvelle connaissance en prêtant soutien aux communautés pour que celles-ci prennent les actions nécessaires en vue de résoudre les problèmes identifiés au niveau local.

Niveau de définition des problèmes : Avec une aide limitée de l'extérieur, des membres des communautés locales ont identifié, analysé et classé par ordre prioritaire leurs problèmes de santé publique. Ils ont également identifié des sites spécifiques pour les solutions.

Niveau de la définition des solutions : Les communautés locales ont également défini et réalisé des solutions, intégrant donc l'information à la conception technique des nouvelles infrastructures. Les solutions ne sont pas toujours bien adaptées au contexte institutionnel local, mais le sens d'appartenance au niveau local a permis de vérifier que les institutions communautaires sont bien intégrées aux plans d'entretien de l'infrastructure.

Niveau de gestion : Sous supervision, des membres communautaires se sont occupés de la gestion quotidienne des microprojets. De pair avec les EME, ils ont choisi et recruté la main-d'œuvre nécessaire, ont préparé les budgets, ont établi des rapports financiers, payé les dépenses et géré le processus des contributions communautaires.

Communication et coordination : Des changements importants dans les modes de communication et de coordination ont été créés, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du contexte formel des réunions. De nouveaux modes de communication ont été créés sur l'ensemble de la hiérarchie des communautés aux comités de gestion aux EME et aux membres départementaux du CDSE.

4 Leçons apprises

Alors que l'engagement d'EHP I dans le CIMEP/Bénin prenait fin en septembre 1999 (bien que l'activité CIMEP continue pendant une année en plus dans le cadre d'EHP II avec un financement supplémentaire), il est utile d'évaluer les leçons apprises des activités du processus car cette méthodologie a évolué d'une application à l'autre et a bénéficié d'un soutien important de la part de l'USAID. Certaines questions fondamentales méritent une réflexion à ce propos :

- Qu'avons-nous appris grâce à l'expérience au Bénin quant à la conception des activités du CIMEP dont les partenaires, les membres de l'EME et la planification ?
- Qu'avons-nous appris quant à la méthodologie elle-même, par exemple, les ateliers, l'enquête initiale et les microprojets ? Que ferons-nous différemment la prochaine fois ?
- Quelles sont les questions que nous rencontrons et les leçons apprises pour essayer d'obtenir des résultats « mesurables » ?
- Le CIMEP est-il efficace appliqué à la santé et à la démocratie et aux questions de gouvernance locale au Bénin ? Réussirait-il dans d'autres contextes ?

4.1 Conception du CIMEP

L'expérience au Bénin montre clairement que la conception du projet et les homologues clés jouent un rôle important pour déterminer comment le projet évolue. Le fait de choisir pour partenaire le chef du département et de confier le projet à sa supervision, avec le soutien du Responsable sanitaire départemental et le Ministère de la Santé, a influencé l'orientation et la direction du projet. L'activité s'est concentrée davantage sur une meilleure gouvernance, par exemple, les services et processus municipaux et départementaux cherchant, dans une mesure moindre, à atteindre un impact mesurable sur la santé. Cette orientation n'est pas forcément la bonne ou la mauvaise – elle signifie simplement un changement dans les attentes des clients et des partenaires. Les premiers efforts de conception de l'activité ont cherché à inclure d'autres bailleurs de fonds pour le financement et la mise en œuvre. Mais ce but s'est avéré trop difficile du point de vue coordination, cycles de financement de contrepartie et administration. Bien que d'autres bailleurs de fonds puissent être inclus dès le départ, il vaut probablement mieux qu'ils participent dans une mesure plus importante aux activités de généralisation plutôt qu'au projet pilote.

Pendant la réalisation des microprojets, certaines communautés n'ont pas pu apporter la contribution de 10% à 15% qui faisait partie de leur contrat. Il est important d'observer les raisons à cela. A Parakou, ville plus urbaine et plus grande, les quartiers choisis pour participer à l'activité étaient plus pauvres avec une infrastructure insuffisante et plus de maladies. La plupart des habitants étaient des locataires. La situation n'est pas forcément un problème si le propriétaire habite dans la communauté et s'il veut bien participer.

Mais si les propriétaires habitent ailleurs, alors il est très difficile de demander aux locataires de s'engager et d'être prêts à faire une contribution financière à un microprojet. La leçon ici, c'est qu'il faut tenir compte d'autres facteurs, tels que la présence ou l'absence de propriétaires dans la communauté, lorsqu'on choisit les communautés qui participeront au CIMEP. Le moment de la réalisation des microprojets affecte également les copaiements des communautés. Les habitants qui travaillaient dans les champs de coton n'ont pu payer qu'après la récolte. Par conséquent, il faut envisager très attentivement le moment où sont réalisés les microprojets avec une période de copaiement plus longue. Les réalisateurs du CIMEP doivent être conscients de ce type de question et planifier en fonction lorsqu'ils conçoivent la phase des microprojets.

4.2 Méthodologie

L'expérience du Bénin a montré que la méthodologie était solide mais, à l'instar de projets précédents, la séquence et le calendrier de la formation, des microprojets et de l'enquête initiale varient en fonction du contexte et des contraintes locales particulières. Toutefois, en cherchant à rendre la méthodologie plus rigoureuse grâce à l'adjonction d'une enquête initiale et à l'obtention de résultats mesurables, le processus ne doit pas s'écarter de trop de ses racines participatives. C'est là que réside sa force et c'est ce qui rend le processus CIMEP unique et efficace. Les représentants officiels du gouvernement, les membres communautaires et d'autres personnes qui ont participé au CIMEP doivent continuer à sentir que le processus est le leur, à décider de son évolution et à ne pas tomber dans le piège de dépendre d'experts de « l'extérieur » qui leur diront ce qu'il faut faire. Ces buts peuvent être renforcés en élaborant des manuels de formation et du matériel d'information, d'éducation et de communication (IEC) adapté aux communautés participantes.

4.3 Mesurer les résultats

La leçon fondamentale est la suivante : les efforts de suivi et d'évaluation doivent être alignés étroitement sur le niveau auquel se déroulent les interventions – soit ménage, soit communauté. Au Bénin, la direction de départ et l'enquête initiale se concentraient sur les indicateurs et les résultats au niveau des ménages. Mais on a décidé d'axer les microprojets sur les améliorations au niveau communal avant de cibler le changement de comportement des ménages. Cette décision a influencé les résultats « mesurables » que le CIMEP était en mesure d'obtenir, surtout au vu du calendrier, à savoir deux années pour l'exécution et une année simplement pour la réalisation des microprojets.

4.4 Intégration de la gouvernance locale

Autre leçon de cette activité : les buts de la démocratie et de la gouvernance peuvent être intégrés efficacement au processus. Au Bénin, où une démocratie naissante essaye « d'appliquer » la décentralisation, il convient d'intégrer les buts du renforcement des

institutions de gouvernance locale et l'amélioration de la fourniture de services municipaux au processus CIMEP. Les améliorations sont évidentes en ce domaine. Des représentants officiels au niveau départemental travaillent de manière plus étroite avec les autorités des collectivités locales et les deux groupes ont créé de meilleures relations avec les communautés. Les habitants constatent que le « système » fonctionne bien pour eux. L'intérêt montré lors de l'atelier régional à Cotonou indique que d'autres pays en Afrique, surtout ceux qui mettent également en œuvre les réformes de décentralisation, pourraient appliquer et adapter le processus CIMEP.

5 Recommandations

Il est important de souligner que le CIMEP est un processus participatif qui aide les gouvernements et les communautés à mieux travailler ensemble. Il s'est avéré réussi dans un grand nombre de contextes différents, mais il n'est pas toujours facile ou rapide d'arriver à la participation – tant aux niveaux institutionnel qu'individuel. Voici certaines recommandations pour continuer l'activité CIMEP au Bénin :

- Continuer à institutionnaliser les tables rondes de politiques.
- Continuer à financer le Coordinateur local et lui donner un bureau.
- Créer une autre EME à Kandi et demander aux formateurs EME des trois villes de former ses membres et de continuer à former la nouvelle EME à Sinende.
- Institutionnaliser l'EME dans les municipalités, créer une unité de vulgarisation et de planification locale dans chaque municipalité et coordonner avec d'autres intervenants de l'USAID à Borgou, notamment le Projet quinquennal de Santé familiale intégré.
- Etendre les microprojets à l'ensemble d'autres quartiers à Bembereke, Banikoara et Parakou et démarrer les microprojets à Sinende.
- Fournir une formation sur les volets de recouvrement des coûts pouvant être ajoutés aux microprojets.
- Elaborer du matériel d'éducation en hygiène et IEC adapté aux besoins des villes et des quartiers.
- Après un an, faire une évaluation de l'impact sanitaire des microprojets.

C'est à dessein que ces recommandations ne sont pas détaillées. Elles veulent simplement donner à l'USAID/Bénin et à ceux participant au projet EHP II certaines idées pour la continuation de l'activité CIMEP.

Annexe A : Mémoire d'Accord

MEMOIRE D'ACCORD

entre

LES PARTENAIRES METTANT EN ŒUVRE LE CIMEP AU BENIN :

USAID/BENIN, Projet de Santé environnementale, Ministères de la Santé, de l'Intérieur, de l'Agriculture, de l'Environnement et du Plan du Bénin, et la préfecture de Borgou

1. Données générales et but

En mars 1997, l'USAID/Bénin, en collaboration avec le Gouvernement du Bénin (GB-MS) et le Projet de Santé environnementale (EHP), ont convenu de mettre en œuvre une initiative de participation communautaire à la lutte contre la pollution de l'environnement (CIMEP) au Bénin. Le but général du CIMEP est de créer des partenariats efficaces entre les représentants communautaires, le personnel des secteurs municipal/public et les ONG locales pour traiter des questions relevant de la salubrité du milieu, surtout dans des communautés périurbaines peu desservies. Cette activité contribue : 1) à l'amélioration de la santé maternelle et infantile de l'Equipe de santé familiale de l'USAID/Bénin par le biais d'un meilleur accès aux services ; 2) à la décentralisation et à la démocratisation de l'Equipe de démocratie et de gouvernance par le biais d'une meilleure gestion et d'un meilleur service aux communautés au niveau municipal ; 3) à l'amélioration de l'efficacité de la stratégie de soins de santé primaires du Ministère de la Santé au Bénin en intégrant les interventions de prévention en vue de changer les comportements environnementaux ; et 4) au renforcement des capacités des OBP et des ONG au Bénin et de la région pour traiter les problèmes de santé environnementale dans les villes secondaires périphériques.

Le but de ce Mémoire d'Accord est de donner les grandes lignes de l'accord fondamental de cette collaboration et ensuite, de spécifier les rôles et les responsabilités spécifiques de chaque partenaire pour la mise en œuvre du CIMEP au Bénin. Ce Mémoire d'Accord entrera en vigueur à la date de signature pour une période de 18 mois. Outre l'USAID/Bénin, l'EHP, le Ministère de la Santé (MS), le Ministère de l'Intérieur (MI), le Ministère de l'Agriculture (MA) et la préfecture de Borgou, les autres partenaires qui participent directement ou indirectement sont : l'Agence béninoise pour l'Environnement (ABE), l'UNICEF/Bénin et la Croix Rouge. Ce projet est financé par l'USAID/Bénin et le Bureau mondial de l'USAID (qui a passé un contrat avec EHP) et reçoit des contributions financières et en nature supplémentaires de la part d'autres partenaires.

2. Objectifs

Voici les objectifs de la mise en œuvre du programme CIMEP par l'USAID/Bénin, EHP et ses partenaires :

- ◆ Améliorer la santé maternelle et infantile, surtout en luttant contre le choléra et d'autres maladies liées à l'assainissement qui sont endémiques dans certaines zones.
- ◆ Traiter les problèmes de santé du milieu par le biais d'une analyse communautaire des problèmes et en concevant des solutions.
- ◆ Créer une relation de confiance, de pair avec une meilleure prestation de services, entre les municipalités, l'administration et leurs communautés clientes.
- ◆ Elaborer une initiative régionale avec la participation des gouvernements des pays concernés et la collaboration de l'USAID et de plusieurs autres organisations et bailleurs de fonds internationaux.

3. Responsabilités des divers partenaires

3.1 L'EHP fournira les éléments suivants :

- ◆ Apport technique et conception du programme général CIMEP/Bénin d'ateliers, de réunions de décideurs, de formation de suivi et de microprojets.
- ◆ Mise en œuvre, gestion, administration – tant programmatiques que financières – et supervision du programme CIMEP au Bénin de la part du personnel, des consultants locaux et de conseillers, ainsi que des formateurs de l'EHP.
- ◆ Coordination entre les collaborateurs de l'USAID (par exemple, Bureau mondial de l'Office de la Santé et de la Nutrition, Centre de l'Environnement du Bureau mondial et Office régional du Développement économique/Abidjan) et d'autres bailleurs de fonds/partenaires.
- ◆ Résultats spécifiques au Bénin (pour les trois villes pilotes de la préfecture de Borgou), notamment :
 - i) Amélioration dans les comportements à hauts risques contribuant à la morbidité de la diarrhée infantile et du choléra et influençant le bien-être maternel. Cette amélioration sera également représentée dans une réduction possible de la morbidité.
 - ii) Améliorations dans la santé du milieu dans les communes réalisées par les municipalités avec la participation active des services techniques de l'administration et des communautés clientes et en travaillant en étroite

collaboration avec des OBP et des ONG. (Des implications de coût comparatives pour les services préventifs de santé publique seront également notées.)

iii) Formation des formateurs locaux du CIMEP et réalisation du matériel de formation locale.

iv) Elaboration d'une stratégie et d'une approche pour l'étape expansion progressive.

v) Mise sur pied d'une expérience régionale du Bénin pour les équipes municipales d'autres pays participant aux améliorations de la santé du milieu des villes secondaires en Afrique de l'Ouest.

3.2 L'USAID/Bénin sera chargé des éléments suivants :

- ◆ Aider à organiser et à coprésider les tables rondes nationales de formulation de politiques.
- ◆ Fournir la liaison nécessaire avec les partenaires nationaux/locaux lors du démarrage du programme et vérifier que les partenaires clés sont engagés aux fins de pérennisation.
- ◆ Fournir un feed-back sur la conception de programme, par exemple, des recommandations concernant les participants et des conseils sur la structure de gestion locale.
- ◆ Suivre et évaluer le programme en revoyant les indicateurs du processus, de la santé et de la démocratie mis au point par les participants et EHP.

3.3 L'USAID/REDSO/Abidjan sera chargé des éléments suivants :

- ◆ Participer à la formulation de l'approche CIMEP et l'adapter à l'Afrique de l'Ouest pour fournir une communication efficace avec d'autres partenaires régionaux de l'USAID et d'autres bailleurs de fonds.
- ◆ Assistance technique pour les évaluations sectorielles et épidémiologiques.
- ◆ Participer à l'organisation de l'atelier régional.
- ◆ Participer à l'atelier d'évaluation.

3.4 Le MS sera chargé des éléments suivants :

- ◆ Nommer un épidémiologiste et un hygiéniste au niveau national qui participeront à la formation CIMEP et aux évaluations de la santé du milieu dans les villes pilotes.

- ◆ Soutenir les interventions localisées (par exemple, les facteurs à l'origine du choléra) avec l'adjonction possible de fonds de l'OMS (octroyés au ministère) pour les microprojets du CIMEP.
- ◆ Fournir une assistance technique pour suivre les données épidémiologiques se rapportant aux résultats mentionnés sous 3.1.

3.5 Le MI, directement et/ou par le biais de la préfecture de Borgou, sera chargé des éléments suivants :

- ◆ Présider les tables rondes des décideurs.
- ◆ Aider à introduire les changements dans les pratiques institutionnelles pour accroître l'impact du projet.
- ◆ Faciliter l'organisation des ateliers de renforcement des compétences et des réunions communautaires.
- ◆ Fournir un soutien technique et financier aux initiatives communautaires mises au point par le biais du CIMEP.
- ◆ Aider à suivre les coûts municipaux qui concerne les améliorations environnementales.
- ◆ Prendre en charge progressivement l'organisation des tables rondes par la préfecture.

3.6 Le ME, le MP et le MA seront chargés des éléments suivants :

- ◆ Envoyer des représentants pour participer à l'atelier de démarrage et aux conférences nationales.
- ◆ Aider à diffuser les résultats du projet aux niveaux local et régional.
- ◆ Participer à l'atelier d'évaluation.

3.7 Les autres bailleurs de fonds, tels que l'ABE, la Croix Rouge ou l'UNICEF/Bénin seront chargés des éléments suivants :

- ◆ Participer aux ateliers de démarrage et d'évaluation.
- ◆ Eventuellement, mobiliser les ressources pour soutenir les coûts des participants et des microprojets.
- ◆ Etre les partenaires clés et contribuer à la stratégie d'expansion et à l'institutionnalisation au niveau national.

4. Conception/mise en œuvre/communication du programme

- 4.1 Le programme général du CIMEP/Bénin démarrera en octobre 1997 et comportera les activités suivantes :

Atelier de démarrage

Jusqu'à quatre ateliers de renforcement des compétences

Quatre à six réunions en table ronde pour le département de Borgou

Jusqu'à quatre tables rondes pour les décideurs au niveau national (dans le cadre du conseil consultatif existant)

Microprojets

Atelier d'évaluation

Atelier de formation des formateurs

Atelier régional

Le CIMEP/Bénin sera mis en œuvre dans les trois villes pilotes de Parakou, Bembereke et Banikoara dans le département de Borgou. Chaque ville comptera des équipes de huit personnes maximum qui participeront à la formation. A Parakou et à Banikoara, les équipes auront chacune un membre de la Croix Rouge. Les équipes seront composées du personnel municipal, des membres communautaires et des représentants des ONG.

- 4.2 L'EHP reverra l'avant-projet du plan de travail pour en faire un rapport plus détaillé sur la mise en œuvre du programme. Ce document sera revu par les collaborateurs de l'USAID et ensuite, sera circulé parmi les autres partenaires du CIMEP/Bénin.

Dans le cadre du programme CIMEP, un guide de procédures, des manuels d'atelier, des rapports de conférence et des réunions en table ronde seront circulés parmi les parties intéressées.

- 4.3 Parmi les partenaires du gouvernement, les questions de mise en œuvre devraient être traitées au niveau départemental et adressées au préfet de Borgou.
- 4.4 En ce qui concerne la mise en place d'une structure de gestion locale (par le biais du recrutement d'un responsable/coformateur local et de l'aménagement d'un bureau), l'approche du Projet EHP consiste à démarrer modestement et à agrandir les opérations au fur et à mesure que la demande augmente pour le CIMEP/GESCOME et que le soutien nécessaire provient des représentants officiels locaux et de l'USAID/Bénin.

Un responsable/coformateur local sera recruté par EHP pour la mise en œuvre sur le terrain du CIMEP/GESCOME et un bureau local sera aménagé avec les conditions suivantes :

- ◆ Le responsable/coformateur local rendra compte aux responsables du CIMEP/GESCOME.

- ◆ Le responsable/coformateur local partagera un bureau avec un autre contractant de l'USAID (MCDI). EHP payera un pourcentage convenu de ses coûts pour l'utilisation de son bureau, téléphone, fax et ordinateur servant aux activités du CIMEP/GESCOME.
- ◆ Le département de Borgou nommera un homologue local et payera son salaire. Cet homologue travaillera et collaborera dans le cadre des activités du CIMEP/GESCOME avec le responsable/coformateur local.

En cas d'intérêt et de soutien continus de la part de l'USAID, EHP pourra demander à ce que son responsable/coformateur local du CIMEP/GESCOME se déplace dans les bureaux de la préfecture de Borgou et payera certaines dépenses dont il a été convenu. Cela se fait en collaboration avec l'USAID/Bénin et le préfet.

5. Autres

Le présent Mémoire d'Accord peut être amendé à n'importe quel moment pendant sa période d'application si tous les partenaires conviennent de le faire. Le soutien d'autres bailleurs de fonds, qui n'est pas encore confirmé pour le moment, pourra être rajouté au Mémoire d'Accord par le biais d'un amendement.

Pour l'USAID/Bénin

Pour l'EHP

Pour le GB

Thomas Park
Directeur de la Mission

May Yacoob
Directrice du Projet CIMEP

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Annexe B : Données de l'enquête initiale au Bénin

Points d'eau et protection

Les points d'eau varient d'une ville à l'autre et également au sein des communautés de chaque ville. A Parakou, 53% des ménages obtenaient l'eau auprès de plus d'une source et 41% et 30% des ménages à Bembereke et Banikoara, respectivement, ont utilisé plus d'une source ($p=0,023$). Les points d'eau prédominants de Parakou étaient les suivants : pompe – 53%, puits familial – 46% et eau courante des ménages – 43%. (Le total est supérieur à 100% car plusieurs points d'eau sont utilisés.) A Bembereke, les points d'eau étaient les suivants : pompe – 56%, rivière, lac ou réservoir communautaire – 34%, puits communautaire – 27% et puits familial – 21%. A Banikoara, la plupart des ménages utilisaient les puits familiaux – 46%, les puits communautaires – 44% ou les pompes – 27%.

Les puits communautaires n'étaient utilisés que par 13% des ménages à Parakou ; 22% de ces puits n'étaient pas couverts, mais tous avaient une margelle. A Bembereke, où les puits communautaires étaient utilisés par le double des ménages qu'à Parakou, 84% des puits n'étaient pas couverts et 16% n'avaient pas de margelle. A Banikoara, les puits communautaires étaient le point d'eau principal (44% des ménages), mais 71% des puits n'étaient pas couverts et 7% n'avaient pas de margelle.

Les puits familiaux étaient le point d'eau principal de toutes les villes, sauf Bembereke. Pratiquement aucun puits n'était couvert : 83% à Parakou, 85% à Bembereke et 100% à Banikoara. Plusieurs puits familiaux n'avaient pas de margelle : 7%, 17% et 12% à Parakou, Bembereke et Banikoara, respectivement. Pratiquement aucun puits de ménage n'était traité : 91% à Parakou, 93% à Bembereke mais seulement 69% à Banikoara ($p=0,038$). Presque tous les ménages traitaient leur puits une fois par mois ou moins avec de l'eau de javel.

Dans le cadre d'une initiative spécifique pour l'étude au Bénin, l'équipe a classé les points d'eau avant de commencer l'étude : probablement sans risques – eau courante, citerne d'eau et eau en bouteille uniquement ; peut-être sans risques – pompe ou puits communautaire uniquement ; et probablement à risques – toutes les autres combinaisons (voir Figure 1). La Figure 1 indique la sécurité estimée des points d'eau entre les trois villes ($p=0,001$) et montre les différences entre les trois communautés de l'étude dans chacune des trois villes. A Parakou, l'utilisation de l'eau probablement sans risques a varié, allant de 11% à Zongo Zenon à 47% à Banikani, alors que l'utilisation de l'eau probablement à risques variait, allant de 38% à Oueze à 74% à Zongo Zenon. A Bembereke, l'utilisation de l'eau probablement à risques variait, allant de 24% à Guere à 85% à Gando, alors qu'à Banikoara, l'utilisation de l'eau probablement à risques variait, allant de 35% à Weterou à 63% à Kokere.

Presque tous les ménages stockaient l'eau de la boisson. A Parakou, seuls 18% de ces récipients n'étaient pas entièrement recouverts ou étaient découverts, alors que 51% et 67% des récipients d'eau n'étaient pas couverts correctement à Bembereke et à Banikoara, respectivement ($p<0,001$). L'eau de boisson était recouverte dans une pièce

chez 88% des ménages à Parakou mais seuls 54% et 51% à Bembereke et Banikoara, respectivement ($p < 0,001$). Les répondants de tous les ménages (dans toutes les villes) ont indiqué que le récipient d'eau avait été nettoyé la semaine précédente. Aucun ménage de Parakou ou Bembereke ne traitait l'eau stockée et seuls 9% des ménages traitaient l'eau à Banikoara, surtout avec de l'eau de Javel.

Hygiène personnelle

On a demandé à tous les répondants s'ils se lavaient généralement les mains avec de l'eau ou avec de l'eau et du savon avant et après avoir mangé, après avoir déféqué et après avoir nettoyé un enfant qui avait été à la selle. Tous les répondants (100%) ont indiqué qu'ils se lavaient les mains avant et après avoir mangé, mais moins de 20% utilisaient de l'eau et du savon (Figure 2). Entre 9% et 26% des répondants dans les trois villes utilisaient de l'eau et du savon après la défécation et des proportions analogues utilisaient l'eau et le savon après le nettoyage quand l'enfant avait été à la selle. Il existe une certaine variation dans le comportement autosignalé de lavage des mains dans les trois communautés et c'est particulièrement évident à Parakou. Ces résultats étaient différents de ceux obtenus à une question analogue posée plus tard pendant l'interview. La dernière question demandait aux répondantes ce qu'elles faisaient, généralement, pour nettoyer les fesses d'un enfant après la selle. Contrairement à la première question, la répondante n'a pas offert de réponses possibles, mais l'enquêteur a codé la réponse spontanée de la répondante dans des catégories définies au préalable. En réponse à cette dernière question, un petit pourcentage de répondantes ont indiqué spontanément qu'elles utilisaient de l'eau et du savon pour nettoyer les enfants après la défécation (7% à Parakou et 3% à Bembereke et à Banikoara).

En fonction des réponses aux questions sur les attitudes concernant le lavage des mains, le fait de se laver les mains avec de l'eau seulement pourrait être dû au manque de connaissance, bien que le savon soit cher. Presque toutes les répondantes ont indiqué que le lavage des mains était une manière importante de prévenir la diarrhée, surtout avant de manger, après avoir été à la selle et après avoir nettoyé un enfant qui avait été à la selle. Seul un petit pourcentage (20% à 36% des répondantes dans les trois villes) pensaient qu'il était très important de laver leurs mains avant d'allaiter.

Evacuation des déchets solides et des eaux usées

Il existe des différences importantes dans l'évacuation des ordures ménagères entre les trois villes. La plupart des répondants de Parakou utilisaient un système d'évacuation des déchets (91%) alors que 0% et 29% des répondants à Bembereke et Banikoara, respectivement, utilisaient ce système ($p < 0,001$). A Parakou, 91% des ménages avaient une poubelle (bien que 9% seulement avaient un couvercle sur la poubelle), alors que 24% et 41% seulement des ménages à Bembereke et Banikoara, respectivement, avaient des poubelles ($p = 0,002$). La principale méthode pour se débarrasser des ordures dans les deux dernières villes était de les déposer à l'extérieur de la clôture entourant la concession.

De même, il existe des différences importantes dans les manières d'évacuer les eaux usées entre les villes. A Parakou, 32% des ménages avaient un système d'évacuation des

eaux usées (puits de drainage ou système septique) alors que 7% et 30% uniquement des ménages à Bembereke et à Banikoara avaient des systèmes pour évacuer les eaux usées ($p=0,001$). Si le ménage avait un système d'évacuation des eaux usées, la majorité des systèmes fonctionnaient. La majorité des ménages à Parakou (62%) jetaient les eaux usées des cuisines dans la rue alors que la majorité des ménages à Bembereke et à Banikoara jetaient les eaux usées dans la cour (44% et 39%, respectivement).

Nourriture et sa préparation

L'enquête a mis à jour des différences importantes entre les villes concernant les ustensiles de cuisine et la propreté de l'endroit où mange la famille. La majorité des ménages dans les trois villes n'utilisaient pas la cuisine pour garder les ustensiles de cuisine. Cette question était spécifique au site, en fonction d'une observation lors de l'enquête initiale, montrant qu'un grand nombre de familles gardent les ustensiles de cuisine à l'extérieur, dans des endroits où des matières fécales peuvent être présentes. De plus, 8%, 14% et 14% des ménages à Parakou, Bembereke et Banikoara, respectivement, ont stocké les ustensiles à l'extérieur des maisons.

La Figure 3 montre la présence d'ordures et d'excréments dans les endroits où mange la famille. Là aussi, des différences importantes sont notées entre les villes concernant la présence d'ordures et d'excréments ($p=0,003$ et $p=0,002$, respectivement), et il existe des différences parmi les communautés dans les villes. Il existe également des différences dans la proportion de ménages qui avaient des animaux domestiques et non domestiques vivant dans la cour ($p=0,002$). Les animaux domestiques sont les chiens, les chats et les poules. Les animaux non domestiques sont essentiellement les moutons et les chèvres. A Parakou, 49% des ménages avaient des animaux domestiques, 27% avaient des animaux domestiques et non domestiques et 13% avaient des animaux non domestiques. A Bembereke, 26% avaient des animaux domestiques, 10% avaient des animaux non domestiques et 51% avaient les deux. Banikoara était analogue à Bembereke : 23% des ménages avaient des animaux domestiques uniquement, 27% des animaux non domestiques et 41% avaient les deux.

On a demandé aux répondantes d'expliquer comment elles ont préparé le dernier repas de leur enfant le plus jeune (voir Figure 4). La préparation alimentaire était classée comme *sûre* (voir les trois premières barres du graphique de chaque ville ou communauté) si l'enfant est allaité exclusivement ou si la nourriture est préparée à la maison et soit mangée dans les 30 minutes qui suivent, soit couverte et mangée dans les trois heures qui suivent ; et *probablement peu sûre* (quatrième barre du graphique de chaque ville ou communauté) si la nourriture est préparée ou achetée au marché ou ailleurs et donnée à l'enfant sans autre préparation. Les différences entre les villes n'étaient pas significatives du point de vue statistiques, bien qu'il existe une certaine variation dans la proportion des ménages qui donnaient à leurs enfants des repas probablement peu sûrs. Dans 22 du total des ménages, l'enfant le plus jeune avait moins de cinq mois. Ces enfants devraient être allaités exclusivement en fonction des directives de l'OMS. A Parakou, cinq des six enfants de moins de cinq mois étaient allaités exclusivement (83%), alors que la proportion à Bembereke était six des neuf enfants (67%) et à Banikoara, cinq des sept

enfants (71%). Dans l'ensemble, six de ces 22 enfants (27%) de moins de cinq ans recevaient une nourriture probablement peu sûre.

Utilisation des latrines

Il existe une différence notable dans la présence de latrines familiales dans les trois villes, allant de 54% des ménages à Parakou avec des latrines à 23% à Bembereke et à 16% à Banikoara ($p < 0,001$). Les latrines étaient utilisées uniquement par les adultes (non pas les enfants) dans 41% des ménages à Parakou et 94% et 75% des ménages à Bembereke et à Banikoara, respectivement. Environ la moitié des latrines étaient soit remplies, soit sales – 60% à Parakou, 43% à Bembereke et 42% à Banikoara. On a demandé aux répondants où les adultes et les enfants déféquaient pendant la nuit et pendant le jour. Les latrines publiques ou familiales (tant le jour que la nuit) pour les adultes et les latrines ou pots (pour le jour et la nuit) étaient classés comme des endroits de défécation appropriés. L'utilisation de tout autre endroit est classé comme inapproprié. L'utilisation d'endroits inappropriés de défécation variait d'une ville à l'autre ($p < 0,001$) tant pour les adultes que les enfants (voir Figure 5). Guère surprenant que l'utilisation appropriée des latrines était associée essentiellement avec la disponibilité des latrines familiales.

Figure 1. Points d'eau des ménages

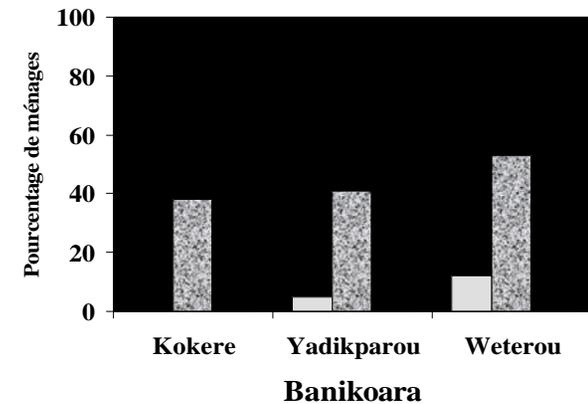
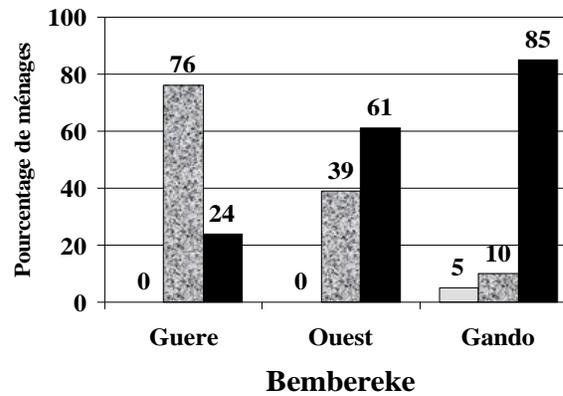
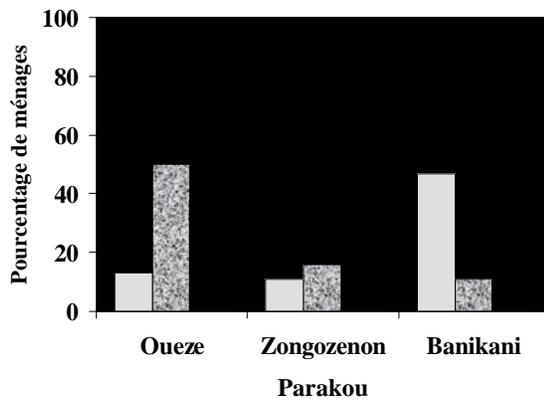
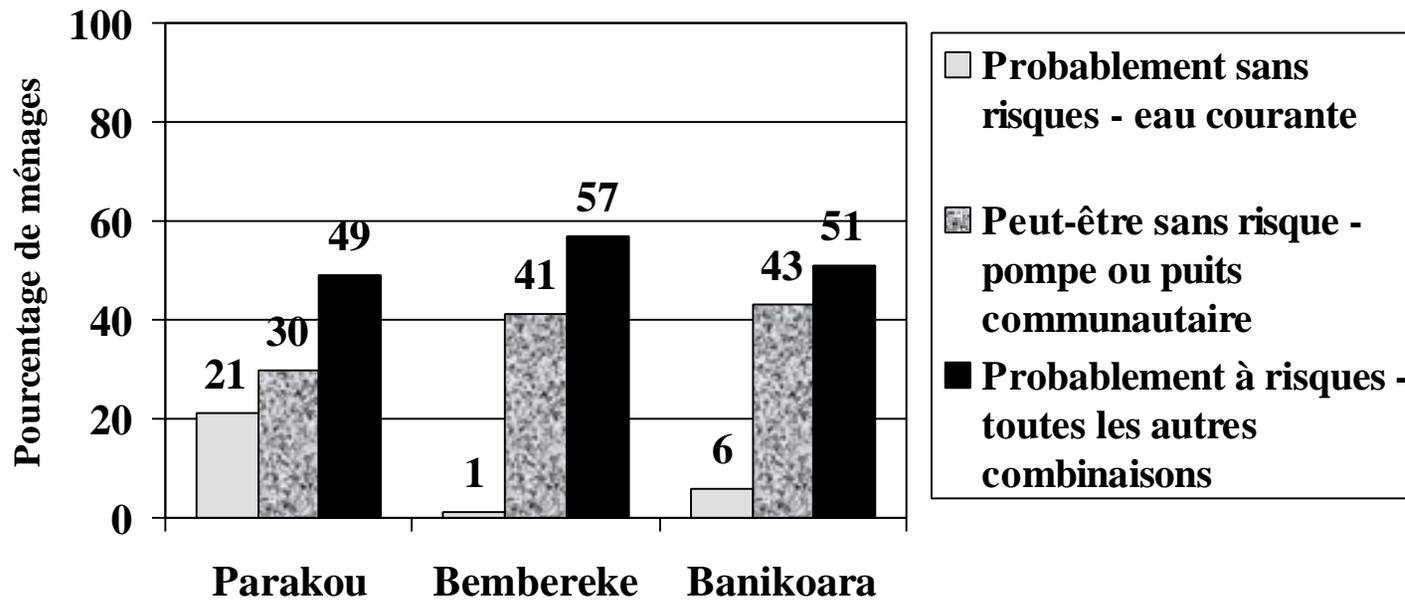


Figure 2. Utilisation autosignalée d'eau et de savon pour le lavage des mains

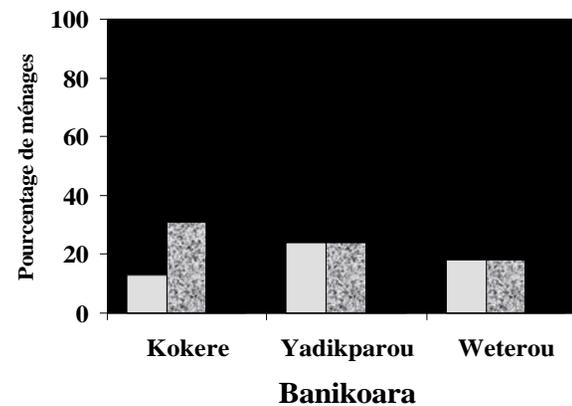
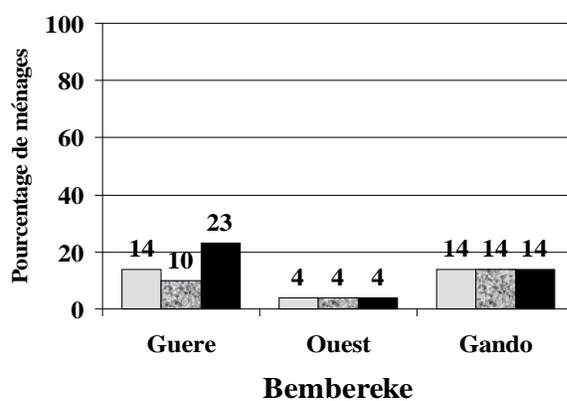
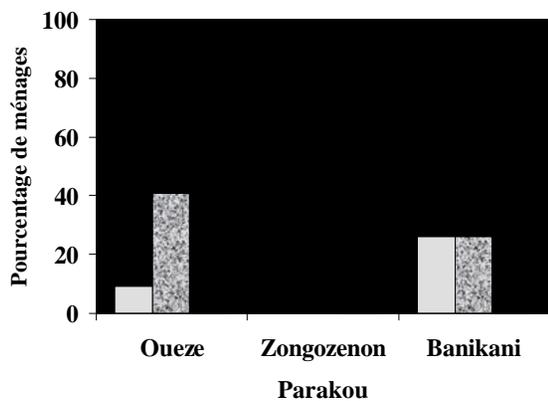
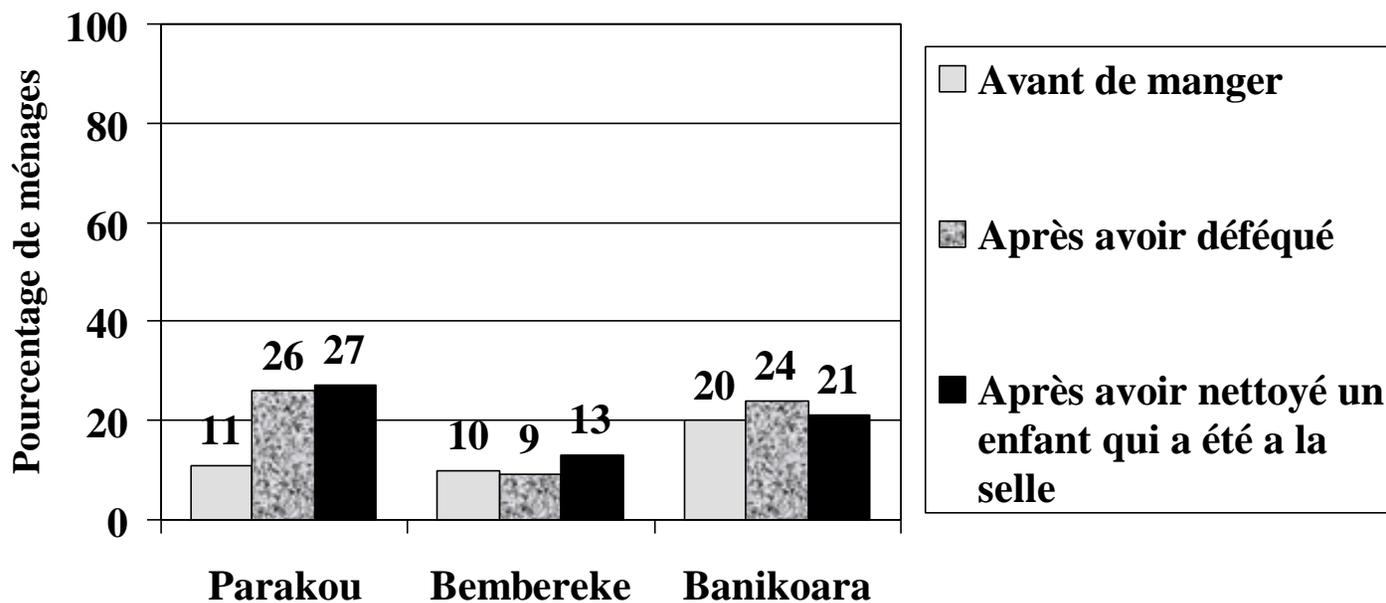


Figure 3. Propreté de l'endroit où l'on mange

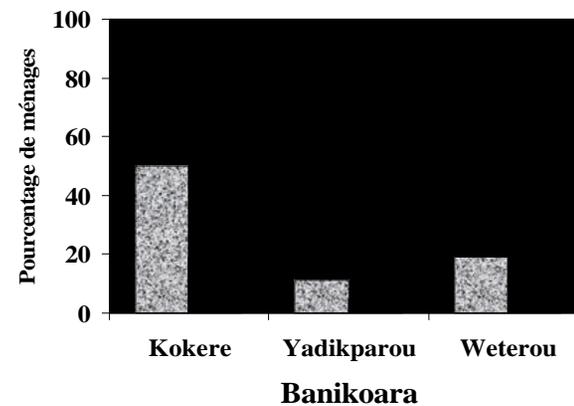
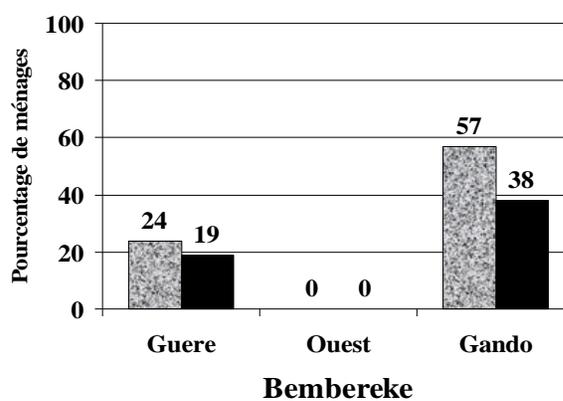
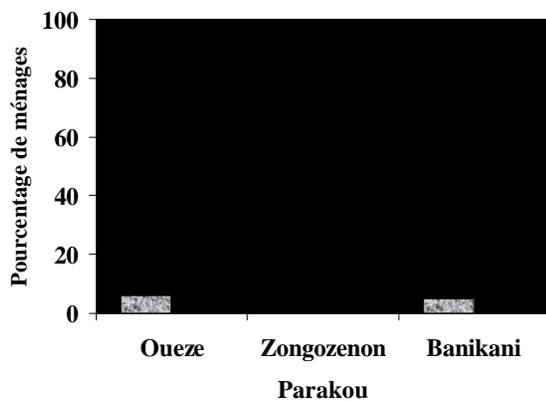
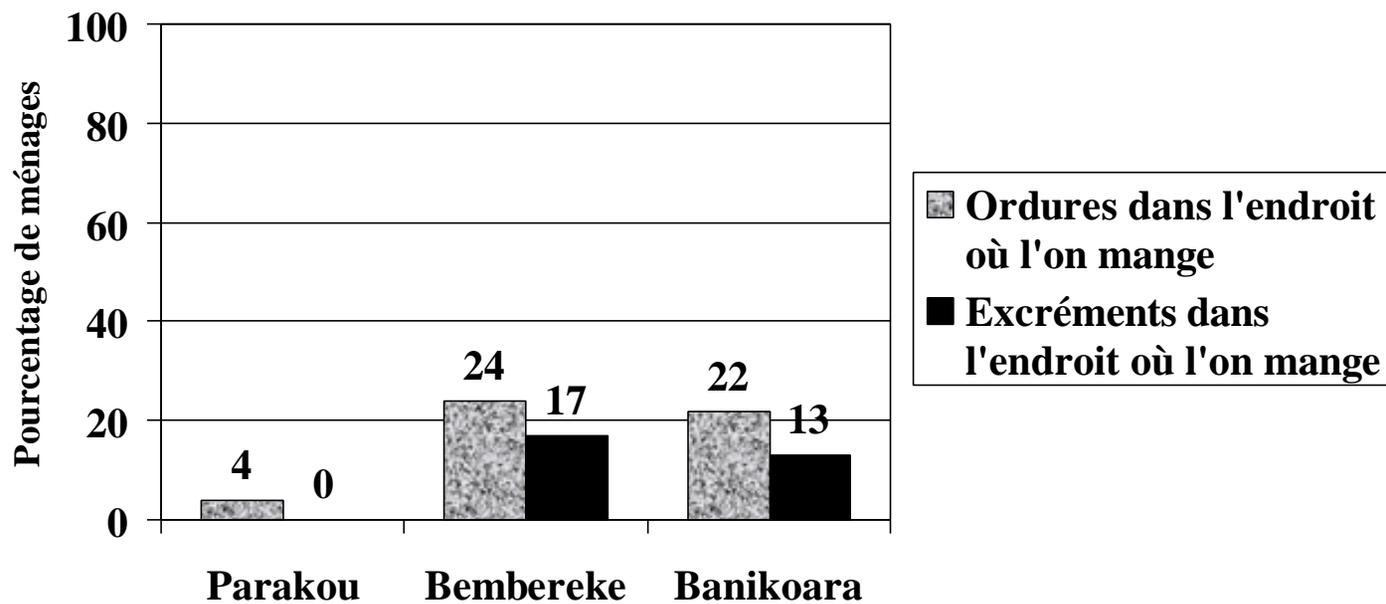


Figure 4. Préparation des repas des enfants

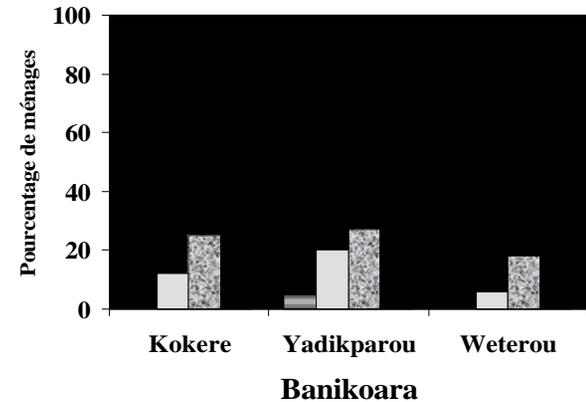
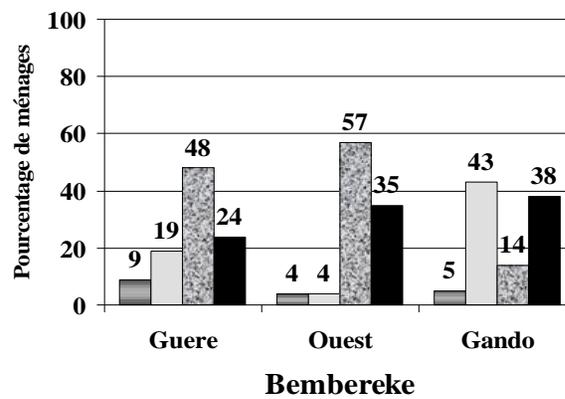
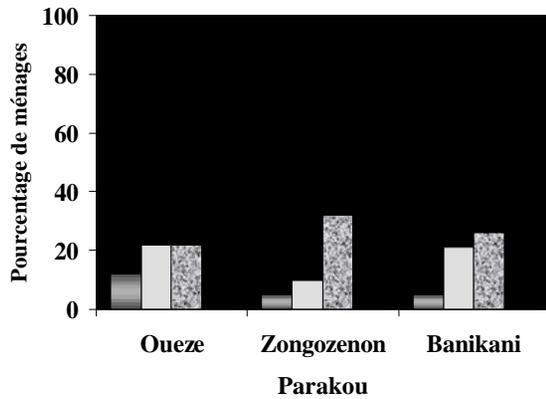
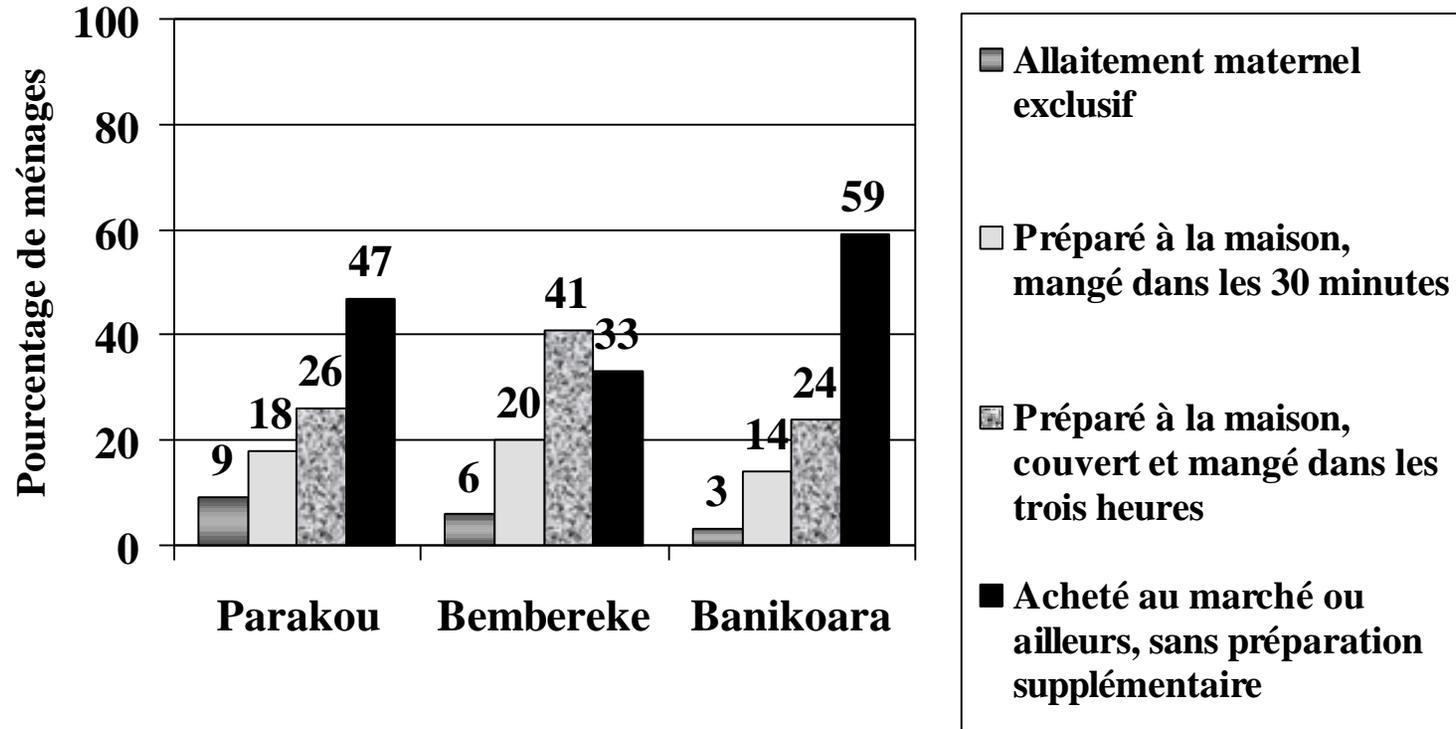


Figure 5. Endroits inappropriés de défécation

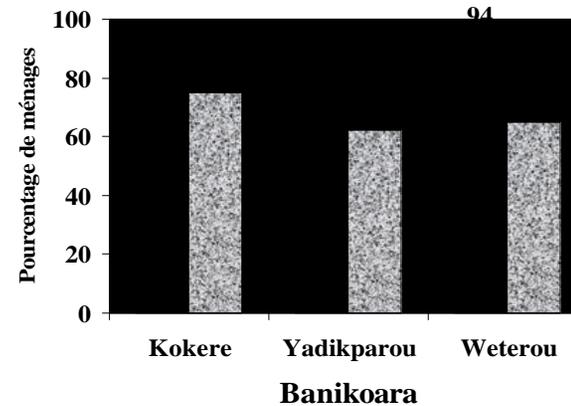
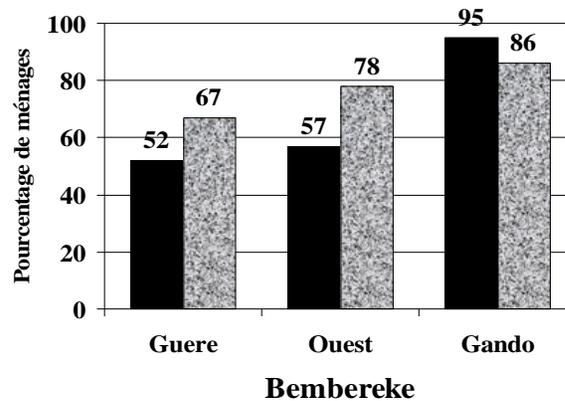
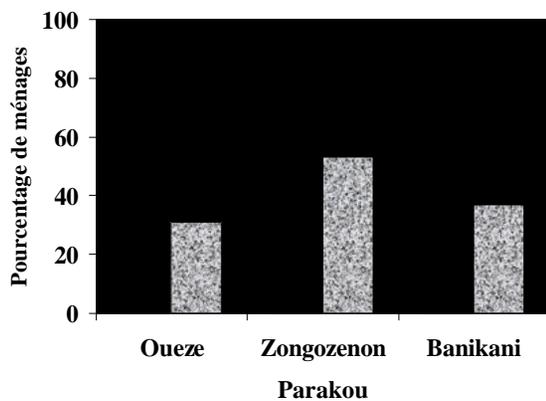
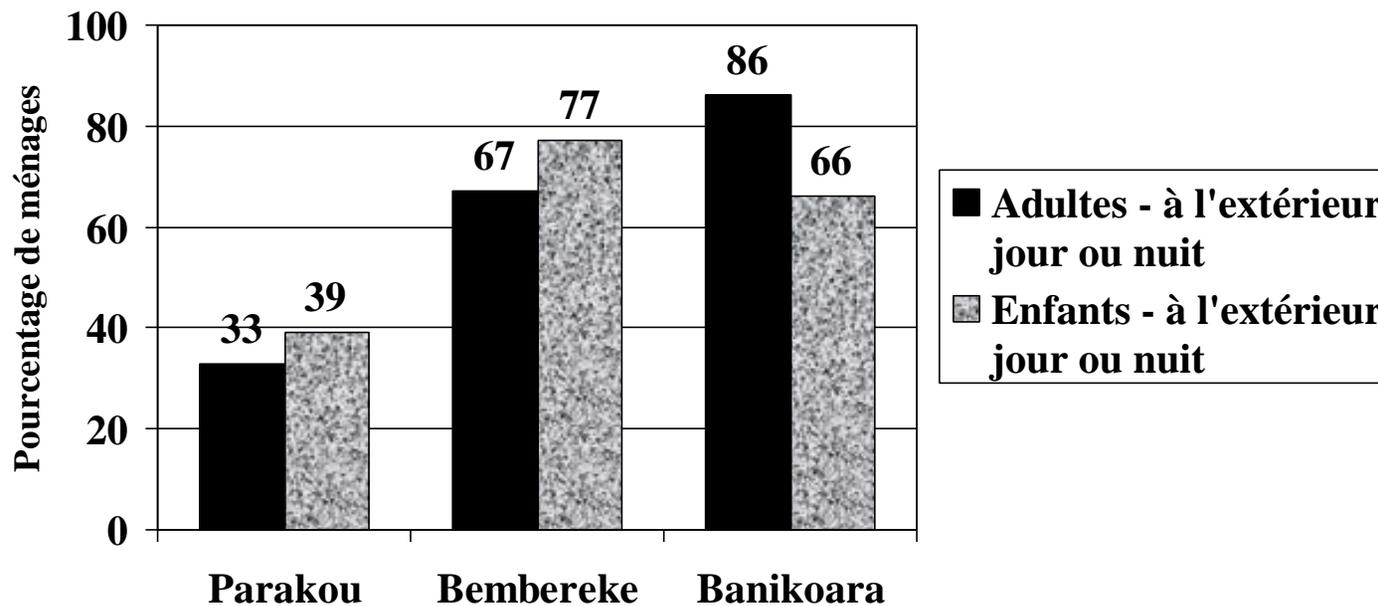


Figure 6. Diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans

